UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO UM ESPAÇO INTERSSEÇOR DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cristiane Trivisiol da Silva

Santa Maria, RS, Brasil
2013

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO UM ESPAÇO INTERSSEÇOR DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO

Cristiane Trivisiol da Silva

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profª Drª Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Profª Drª Silviamar Camponogara

Santa Maria, RS, Brasil

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO UM ESPAÇO INTERSSEÇOR DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO

elaborada por
Cristiane Trivisiol da Silva

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

_____
Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

_____
Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

_____
Maria Henriqueta Luce Kruse, Dra. (UFRGS)
(1ª Examinador)

_____
Hedioneia Pivetta, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)

_____
Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 05 de março de 2013.

AGRADECIMENTOS

Á Deus e á todos os seres de luz que me acompanham e iluminam nesta caminhada.

Aos meus queridos pais porque sem eles nada disso teria sentido. Fontes de amor incondicional! Obrigada por tudo nesta vida.

Aos meus segundos pais, meus padrinhos, Julia e Delma, por me acolherem como uma filha e construírem os alicerces para os meus sonhos.

Á minha mana Dari pelo amor, carinho e paciência durante todo momento, e que me ajuda a me tornar um ser humano melhor.

Á minha maninha Mari que enternece meu coração de esperança e alegria.

Aos meus irmãos de coração, fontes de admiração, carinho e amor: Anne, Cris, Kiko.

Á todos meus amigos, amigas, familiares que foram essenciais para realização deste sonho, em especial á Naiana, Silvana, Fernanda, Laís, Maiara, Tatiana, Camila, Pamela, Laura, Carla, Michele, Carolina, Suelen, Thaíse, Kopp.

Á minha amiga inspiradora de muitas ideias Vania, pela força e pela coragem, nas quais me espelho para prosseguir nesta caminhada.

A todos os meus amigos, amigas, colegas do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – GP PEFAS.

A toda minha "rede de apoio" Keity, Joze, Raíssa, Danilo, Gabriela, Claudia, Michele, Deise, em especial á amiga Mariane que sempre esteve ao meu lado, fonte de amizade e apoio.

Á minha orientadora
Professora Marlene Gomes Terra.
Exemplo de ser humano! Fonte de luz, conhecimento, sensibilidade, valores, amizade e admiração! Não há palavras que possam descrever o quão grata eu me sinto por ter tido além de uma orientadora, uma amiga.

Á minha coorientadora
Professora Silviamar Camponogara
Fonte de admiração, carinho e aprendizado! Agradeço pela paciência, compreensão e ajuda imprescindível no desenvolvimento deste estudo.

Á Professora Sadja
Fonte de admiração e amizade!
Agradeço pela amizade e contribuições no desenvolvimento deste estudo.

Aos membros da minha banca:
Professora Maria Henriqueta, Professora Stela, Professora Hedioneia! Fontes de aprendizado e conhecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria: docentes, funcionários e colegas de curso. Fonte de aprendizado e construção de conhecimento.

Á Universidade Federal de Santa Maria, fonte de ensino na graduação e pós-graduação.

À coordenação da Residência Multidisciplinar Integrada em Saúde
Pela oportunidade me concedida de realizar este estudo.

Á todos que participaram desta pesquisa, profissionais integrantes desta residência, pois sem vocês nada seria concretizado.

Á Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado.

Precisamos dar um sentido humano ás nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro, ao sucesso nos estiver deixando cegos, saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu.

(Erico Veríssimo)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO UM ESPAÇO INTERSSEÇOR DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO

AUTORA: CRISTIANE TRIVISIOL DA SILVA
ORIENTADORA: MARLENE GOMES TERRA
COORIENTADORA: SILVIAMAR CAMPONOGARA
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 05 de março de 2013.

A pesquisa teve como objetivo geral descrever como a Educação Permanente em Saúde é desenvolvida pelos profissionais da residência multiprofissional e como objetivos específicos: identificar a percepção dos profissionais integrantes da RMIS sobre a EPS; apreender como a EPS é desenvolvida no cotidiano destes profissionais e compreender como a EPS permeia a formação dos residentes. Caracterizou-se pela abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso a qual foi realizada em um hospital de ensino de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul com dezessete profissionais integrantes da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde. Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2012 por meio de análise documental, observação sistemática e entrevista semiestruturada. Foram respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos pautados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A organização e o processamento dos dados foram realizados com o uso do Software Atlas Ti 6.2. A análise dos dados ocorreu mediante á Análise de Conteúdo Temática de Minayo que evidenciou três categorias: percepção dos profissionais integrantes da RMS acerca da educação permanente em saúde; RMIS como espaço intersseçor para o desenvolvimento da EPS e EPS como dispositivo de formação de profissionais em saúde na RMIS. Os resultados apontaram para a compreensão dos integrantes da residência multidisciplinar acerca educação permanente em saúde para além de uma ação estratégica. Também, evidenciam para a identificação da residência multidisciplinar como um espaço intersseçor que permeia a formação do residente pautada nos conceitos da Educação Permanente em Saúde o qual possibilita reflexão das suas práticas articulando as esferas de atenção e gestão, bem como buscando a integração entre teoria e prática e do agir multiprofissional como produtores de ações de saúde. Conclui-se que há necessidade de novas pesquisas com maior aprofundamento e sob outros espaços da manifestação da EPS.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Internato e Residência. Prática Profissional. Serviços de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Master Dissertation
Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

PERMANENT EDUCATION IN HEALTH AS A INTERSSEÇOR SPACE OF A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE: CASE STUDY
AUTHOR: CRISTIANE TRIVISIOL DA SILVA
ADVISOR: MARLENE GOMES TERRA
COORIENTADORA: SILVIAMAR CAMPONOGARA
Place and Date of Defense: Santa Maria, 05 De marzo de 2013

The research had as general objective describe how the permanent education in health is developed by professionals in the multi-professional residence and as specific objectives: identify the perception of professional members of RMIS on EPS; learn how the EPS is developed in the everyday life of these professionals and understand how the EPS permeates the formation of residents. Was characterized by a qualitative approach of type case study which was carried out in a teaching hospital, a city in the interior of Rio Grande do Sul with seventeen members of Residence Multidisciplinary professionals incorporated into the public health system. The data were collected in the period from January to may 2012 through documentary analysis, systematic observation and semi-structured interview. Been complied with all ethical aspects of research with humans based on Resolution 196/96 of the National Health Council. The organization and the processing of data was carried out using the Atlas Software You 6.2. Data analysis occurred by means of thematic content analysis will Minayo that showed three categories: Professional members of RMS ' perception about the permanent education in health; RMIS as intercessor for the development of EPS and EPS as device of training professionals in health in RMIS. The results pointed to the understanding of the members of the multidisciplinary residency regarding permanent education in health beyond a strategic action. Also, evidence for the identification of multidisciplinary residency as a intersseçor space that permeates the formation of resident based on the concepts of permanent education in health which allows reflection of their practice articulating the attention and management spheres, as well as seeking the integration between theory and practice and multidisciplinary action as producers of health actions. It is concluded that there is a need for further research with greater depth and under other spaces of manifestation of EPS.

Keywords: Permanent education in health. Internship and Residency. Professional Practice. Health services. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DEGES – Departamento de Gestão de Educação na Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

RMIS – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

USP – Universidade de São Paulo

GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIES – Comissões de Integração de Ensino-Serviço

PAR-MP/MS/SP – Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CNRM – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

LILACS - Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)

BDENF - Banco de Dados da Enfermagem

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (Índice Cumulativo da Enfermagem & Literatura da Saúde)

SCOPUS - The largest abstract and citation database of research literature and quality web sources (O maior banco de dados resumo e citação de literatura de investigação e de fontes web de qualidade)

ESF – Estratégia de Saúde da Família

RMISPS – Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEDAS – Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária

PTS – Plano Terapêutico Integrado

PGI – Planos de Gestão Integrados

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MP3 – MPEG – ½ Audio Layer 3 (um formato de áudio)

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

PRMISPS – Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

PNES – Política Nacional de Educação Permanente

DCNS – Diretrizes Curriculares Nacionais

PPC – Projeto Pedagógico do Curso

R1 – Residente do primeiro ano

R2 – Residente do segundo ano

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A-REFERENCIAIS DOS RESUMOS DAS TESES E DISSERTAÇÕES 84
APÊNDICE B-ROTEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE DOCUMENTAL 86
APÊNDICE C-ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA 87
APÊNDICE D-ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 88
APÊNDICE E-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ….....89
APÊNDICE F-TERMO DE CONFIDENCIALIDADE 91
ANEXO A– Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....92

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....18
2.1 O processo de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em busca da consolidação do SU.....18
2.2 A Educação Permanente em Saúde e a Residência Multiprofissional: encontros e desencontros.....23
2.3 Implicações da Enfermagem na construção do conhecimento da Educação Permanente em Saúde.....25

2.3.1 A Educação Permanente em Saúde como estratégia para transformação pessoal, profissional e institucional.....27

2.3.2 Possibilidades da Educação Permanente em Saúde para a construção espaços educativo no trabalho.....28
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....30
3.1 Cenário da pesquisa.....31
3.2 Participantes da pesquisa.....33
3.3 Produção dos Dados.....34
3.4 Análise e Interpretação dos dados.....36
3.5 Dimensão Ética.....37
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....39
4.1 Apresentação do projeto político da Residência Multiprofissional e sua convergência com os princípios da Educação Permanente em Saúde 39
4.2 Apresentação da discussão da análise dos resultados a partir da Triangulação dos Dados 41
4.2.1 Educação Permanente em Saúde na percepção dos profissionais integrantes da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde.....41
4.2.1.1 Educação Permanente em Saúde como instituidora de espaços coletivos de reflexão das práticas.....42
4.2.1.2 Educação Permanente em Saúde como um encontro entredisciplinas.....46
4.2.1.3 Educação Permanente em Saúde como articulação entre as esferas de gestão e atenção.....49
4.2.1.4 Educação Permanente em Saúde como dispositivo de integração teoria e prática.....51
4.2.2 A Residencia Multiprofissional em Saúde como espaço intersseçor para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde.....54
4.2.2.1 RMIS como instituidora de espaços coletivos de EPS.....54
4.2.2.2 Ações de EPS que permeiam a atuação na RMIS: um encontro entre sujeitos.....59
4.2.3 Educação Permanente em Saúde como dispositivo da formação dos profissionais em saúde da Residência Multiprofissional em Saúde 63
4.2.3.1 EPS permeando a formação dos residentes por meio de encontros pedagógicos 63

4.2.3.2 Possibilidades para uma formação orientada pelos princípios da EPS na RMIS.....68

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....74
REFERENCIAS.....79
LISTA DE APENDICES E ANEXOS 85

1CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Dentre os desafios vivenciados no campo da saúde coletiva está a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, artigo196-200 e regulamentado pela Lei Federal n^0 8080 (BRASIL, 2007). Destaca-se como um destes desafios instituídos pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, uma vez que determina como competência "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (BRASIL, 2006, p.5).

Diante disso, visibiliza-se que o atual processo de aproximação das políticas e ações do Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), em torno da gestão do trabalho e da educação na saúde, visa atender o que a Constituição preconiza, juntamente com a valorização do ensino e do serviço, a humanização da atenção e a ampliação da concepção e prática da integralidade, princípios que norteiam o sistema de saúde do Brasil (BRASIL, 2004).

Em conformidade com a Constituição Federal, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) de 1998 e reeditada em 2000, surge com o propósito de subsidiar a gestão do Trabalho e a Política de Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. No intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o artigo 200 da Constituição Federal, cria-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006).

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, o Ministério da Saúde "assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde" (BRASIL, 2004, p. 6). Integra esta secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que propôs a "adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição

---

1 A palavra intercessor de acordo com o dicionário Aurélio significa que ou aquele que intercede; medianeiro porém esta grafia do tiítulo está intersseçor desta forma por ser um espaço onde ocorre a relação entre os sujeitos que "sujeitam" em certas situações e que "se sujeitam" em outras. Este espaço intersseçor, designado por Mehry, evidencia que os atores de produção de saúde não se preocupam apenas com o somatório das ações, mas com o que existe entre elas, como resultado de um processo singular, que proporcionam a busca de novos processos de mudanças. (Merhy, 2002b. p 50). É a partir deste sentido que se designa a Educação Permanente em Saúde como espaço intersseçor de uma residência multidisciplinar.

das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde" (BRASIL, 2004, p. 7). A partir disso, é gerada a Resolução Nº 335, que aprova a "Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e logo após, é instituída a Portaria 198 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2003). Esta foi criada com objetivo de propor um processo de educação permanente para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS e assim, propiciar mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004).

A criação da PNEPS culminou em discussões sobre a temática formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no Brasil, que até hoje se encontram em vários movimentos na direção das mudanças (FEUERWERKER, 1998, 2002; LOBATO, 2010).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe uma nova forma de "produzir conhecimento e de pensar a educação e o trabalho" (LOBATO, 2010, p. 31). Como "processos permanentes, as ações educativas devem ser diferenciadas, iniciadas durante a graduação e perpetuadas na vida profissional" (LOBATO, 2010, p. 31), mediante o estabelecimento de relações entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, as entidades e outros setores da comunidade (BRASIL, 2007). Possibilita que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização os espaços de trabalho (BRASIL, 2005).

Como política pública, a EPS baseia-se na "aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços, portanto na problematização da realidade" (BRASIL, 2004, p.10). Evidencia que a "possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam" (BRASIL, 2005, p.12). A educação permanente busca compreender se a educação pelo trabalho contribui no processo de reflexão, visando revelar o significado do que se fez, possibilitando, assim, repensar as experiências sob nova ótica (FEUERWERKER *et al.*, 2007).

Assim, esta política coloca o SUS como interlocutor na formulação dos projetos político-pedagógicos de formação dos trabalhadores, com a finalidade de proporcionar práticas condizentes com os princípios do SUS e que este não seja apenas considerado como um campo de práticas (BRASIL, 2004). Também, que os projetos das instituições formadoras considerem

as diretrizes que orientam a criação do sistema: descentralização, universalidade, integralidade e participação social (BRASIL, 2005).

No campo da saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS (FERLA; CECCIM, 2003). Além disso, autores como Ferla e Ceccim (2003) ressaltam que a presença permanente nos locais de "produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva, em equipe multiprofissional, podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade" (LOBATO, 2010, p. 33).

Diante da necessidade das práticas dos profissionais de saúde responderem as demandas do SUS, foi viabilizado a criação da Residência Multiprofissional em Saúde como dispositivo de transformação das práticas da área da saúde, que por sua vez, compõem um projeto político maior, a PNEPS.

Assim, 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 (LOBATO, 2010).

Os Programas de RMS foram construídos para desencadear processos de formação que proporcionassem humanização, o acolhimento, a responsabilização com o usuário, a autonomia, a equipe multiprofissional, a integralidade, a resolutividade nos serviços de saúde (FERLA; CECCIM, 2003).

O que se agrega a esta nova modalidade de formação resultam em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, que vem ao encontro do que preconiza a PNEPS e conseqüentemente os princípios do SUS (LOBATO, 2010).

Diante do exposto, visualizamos a importância da institucionalização da PNEPS que culminou em vários dispositivos para sua concretização, um dos quais, a RMS, que possibilita as mudanças da formação de trabalhadores condizentes com os princípios do SUS.

Um das dificuldades relacionadas a isso refere-se ao fato de, ainda hoje, a área de a formação ser uma das menos problematizadas na formulação de políticas do SUS. Cabe salientar que isso não se relaciona somente ao ensino de graduação, mas a todas as especializações que norteiam a vida profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ao buscar a história das Residências Multiprofissionais no Brasil, observou-se que "somente quando instituída a Política de Educação Permanente em Saúde, elas tornaram-se aposta estratégica do Governo Federal, com incentivo financeiro, ampliação e qualificação dos

Programas no Brasil" (LOBATO, 2010, p. 17). Porém, de acordo com as discussões trazidas por Ceccim (2009) e Dallegrave e Kruse (2008) a partir de julho de 2005, o foco deixou de ser do discurso das Residências Multiprofissionais em comunicação com o controle social e a participação popular. Entra em foco, o discurso das Residências Multiprofissionais que priorizam programas de formação em massa, em dissonância com a PNEPS (LOBATO, 2010, p. 17).

Assim, é necessário ampliar as discussões sobre a temática da PNEPS e das RMS em vistas á necessidade da consolidação das mudanças dos modelos de gestão, atenção e formação. Nesse sentido, urge considerar a RMS como um espaço para o desenvolvimento das ações de educação permanente em saúde, o qual constitui um dispositivo potencial para promover estas mudanças (BRASIL, 2009).

Diante deste contexto, os meus questionamentos como enfermeira-pesquisadora sobre a temática surgiram durante a graduação, quando tive a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa "Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade", por meio do Projeto "Ensinar e Aprender a Ser e Fazer Enfermagem como Encontro Vivido nas Relações e Interações Ensino-Serviço na Perspectiva Filosófica". Neste projeto, acompanhei as discussões sobre essa temática. No decorrer das atividades do grupo e da realização das entrevistas pela coordenadora do projeto, senti a necessidade de ouvir o enfermeiro/a sobre a sua percepção da Educação Permanente em Saúde, a qual teve como resultado o Trabalho de Conclusão de Curso. Os resultados desta pesquisa mostraram que a EPS criou um caminho a ser traçado pelos enfermeiros/as no hospital, porém, é um constante desafio em realizar mudanças para que os serviços, efetivamente, tornem-se espaços de aprendizagem.

A partir disso, já como enfermeira, minhas inquietações quanto às lacunas, quais sejam a Educação em Serviço e Educação em Saúde descontextualizadas e desconectadas da Educação Permanente em Saúde, bem como aplicabilidade desta como política do Sistema Único de Saúde (SUS) me impulsionaram para a busca de novas pesquisas sobre esta temática. Nesta direção, comecei a participar dos Seminários do Núcleo de Enfermagem da Residência Multiprofissional Integrada de Saúde (RMIS) da Universidade Federal de Santa Maria na possibilidade de buscar novas percepções dos residentes que estavam participando de um programa que tem como objetivo viabilizar o desenvolvimento de ações rumo a concretização da PNEPS proporcionando a consolidação dos princípios do SUS. Neste contexto, pude perceber a RMIS como um espaço mediador das ações de educação permanente em saúde pelas falas e discussões que aconteceram nos seminários.

Ao estudar a PNEPS e sua implicação nas residências multiprofissionais em saúde, percebi que a mesma se configura como uma estratégia de ação pedagógica no sentido de

orientar as ações dos integrantes da residência em busca da consolidação do SUS. Esses fazem parte de um programa que tem como pressuposto a mudança na formação dos profissionais da saúde visando a construção interdisciplinar das ações em saúde, tendo como enfoque a educação permanente uma vez que a mudança na formação deve implicar em uma transformação do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos no contexto da atuação da residência.

Entretanto, para a viabilização e concretização da PNEPS ter lugar, nas práticas de saúde, a formação deverá ser a partir de uma formação profissional condizente com os pressupostos preconizados pelo SUS. Diante disso, se a RMIS é uma forma de viabilizar esta formação, questiono-me como a Educação Permanente em Saúde é desenvolvida na RMIS?

A partir deste questionamento, percebe-se a importância da consolidação da PNEPS para a continuidade de ações, atitudes, que consolidem o sistema público de saúde. Contudo, para isso, torna-se imprescindível que os atores sociais envolvidos nesse processo estejam engajados, como protagonistas atuantes no contexto do SUS.

Diante disto delimita-se, assim, como **objeto de estudo**: a residência multiprofissional de saúde como espaço das ações de educação permanente em saúde. E, constitui-se como **questão de pesquisa**: como a educação permanente em saúde é desenvolvida pelos profissionais integrantes da RMIS no seu cotidiano de atuação?

Nesta perspectiva, esta pesquisa foi orientada com os seguintes objetivos:

1.1 Objetivo geral:

- Descrever como a EPS é desenvolvida pelos profissionais integrantes da RMIS.

1.1.1 Objetivos específicos:

- Identificar a percepção dos profissionais integrantes da RMIS sobre a EPS;
-Apreender como a EPS é desenvolvida no cotidiano dos profissionais integrantes da RMIS;
-Compreender como a EPS permeia a formação dos residentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico serão apresentados os principais conceitos no que se refere a PNEPS como processo de consolidação do SUS e a modalidade de ensino resultante deste processo, a Residência Multiprofissional de Saúde.

2.1 O processo de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em busca da consolidação do SUS

A exigência de que os profissionais de saúde estejam cada vez mais qualificados e sejam mais produtivos para as instituições estão presentes neste contexto atual da lógica capitalista, as quais predominam as políticas neoliberais do mercado. A partir disso, os serviços estabelecem formas de controle aos profissionais de saúde atrelando ao trabalho a busca permanente pela produtividade com qualidade, segurança e principalmente economia (SILVA et al, 2010). Neste sentido, estabelece-se uma lógica da produção de profissionais de saúde atrelado ao sistema neoliberal, disseminando esta concepção do modelo de trabalho direcionada a perpetuação do modelo assistencial hegemônico de saúde.

Sob esta ótica, a produção de conhecimento acerca da saúde e principalmente da Enfermagem tem se caracterizado por emitir análises a este tipo de modelo assistencial hegemônico de saúde e desta forma procura introduzir novas formas de organização mais flexíveis e participativas que visem melhorar a qualidade dos serviços bem como dos profissionais de saúde que atuam nele. (RAMOS ET AL, 2009).

A EPS insere-se nesta perspectiva de mudança do modelo assistencial hegemônico de saúde, pois ao oposto do que visa modelo, ela possibilita o questionamento da realidade, desenvolvimento de suas metas através de propostas e projetos que viabilizem a mudança de práticas vigentes e operem realidades vivas permeadas pelos saberes e conexões atualizados, pelas atividades desenvolvidas dos diferentes atores sociais e pela responsabilidade com o coletivo. (MERHY, FEURERWERKER, CECCIM, 2006).

A Enfermagem encontra-se inserida em um contexto que implica em constantes mudanças, devido a novas técnicas, conhecimentos, leis, mudanças sociais, dentre outros, que surgem a cada dia, em que os profissionais necessitam ter um espaço para refletir sobre suas

ações (SILVA, et al 2011). Surge, assim, a EPS como uma possibilidade para o enfermeiro desenvolver suas competências de maneira qualificada, assim como, promover ações educativas que visem à melhoria da qualidade dos atendimentos prestados à população (CECCIM, 2005a).

O conceito de EPS surgiu a partir da década de 80 do século XX, e foi assumida como uma prioridade junto à Organização Pan americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (FERRAZ et al, 2012). Com isso, nas três últimas décadas, diversos países latino-americanos, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru, desenvolveram programas e políticas na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde de acordo com os pressupostos estabelecidos pela OPAS/OMS, com financiamento de organismos internacionais (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI; 1994) (LOPES et al, 2007).

O contexto histórico brasileiro durante a década de 80 relevava a mobilização em torno da temática de EPS, pois o país estava presenciando o Movimento da Reforma Sanitária que culminou um novo modelo de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir daí, o histórico da Educação Permanente em Saúde evidencia-se em conformidade com a Constituição Federal, quando é criada a NOB/RH- de 1998 e reeditada em 2000, com o objetivo de subsidiar a gestão do Trabalho e a Política de Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Assim, no intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o artigo 200 da Constituição Federal, cria-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006).

Em conseqüência da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, o Ministério da Saúde “assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2004). Integra esta secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que foi responsável pela “adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2004, p. 7), sendo esta aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003. Diante deste contexto, é gerada a Resolução Nº 335, de 27 de novembro de 2003, pelo Ministro Humberto Costa, que aprova a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” que mais tarde culminaria na Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004 que 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 (BRASIL, 2003).

A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), apresentada pelo Ministério da Saúde, em 2004, toma-se estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, bem como das práticas pedagógicas e de saúde. Esta proposta busca articular serviços e gestão setorial, atenção e controle social, tendo em vista a efetiva implementação dos princípios e das diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Surge a partir da necessidade de mudanças nas práticas de saúde, pois estas estavam permeadas por atos rotinizados e mecânicos provenientes de uma formação biologicista e mecanicista. Além disso, havia um reduzido impacto dos programas de educação continuada e da resolução dos problemas de saúde da população e dos profissionais de saúde (VICENT, 2007).

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire constituindo-se em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde (CECCIM, 2005a). A aprendizagem significativa promove e produz sentidos para as pessoas, ou seja, quando um conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes, com acúmulo e renovação de experiência. Acontece de maneira diferente da aprendizagem bancária que se constrói a partir de retenção de conteúdos (BRASIL, 2004).

Sendo assim, a concepção da EPS pode ser compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos já pré-estabelecidos, porém como espaços de problematização, reflexões, diálogos entre os profissionais de saúde para oportunizarem estratégias para estes promoverem mudanças e transformações nos serviços de saúde. Para tanto, sugere que as práticas dos profissionais estejam pautadas na reflexão crítica e nas práticas reais na rede de serviços (BRASIL, 2007). A reflexão crítica dos profissionais emerge a partir da percepção de que a maneira vigente de produzir saúde é insuficiente ou insatisfatória para promover a atenção à saúde. Nos cotidianos dos serviços de saúde, ainda há esta lacuna, pois os profissionais de saúde ainda refletem em suas práticas modelos de saúde enraizados no tecnicismo e reprodução de práticas de saúde (CECCIM, 2005a).

Dessa forma, esta reflexão crítica objetiva transformar as relações no processo de trabalho, que visa à qualificação dos serviços de saúde com perspectivas de atualização dos conhecimentos a partir de uma proposta de ação estratégica. Esta ação emerge ao considerar como referência as necessidades de saúde das pessoas e traçar metas a partir das transformações das práticas profissionais e da organização do trabalho (RIBEIRO, MOTTA, 2005). A transformação do processo de trabalho surge a partir de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente a qual não é viabilizada de forma efetiva

pois, na formação dos profissionais ainda se perpetua o modelo centrado biologicista, bancário que impossibilita a concretização dos princípios da EPS (CECCIM, 2005a).

No Brasil esta política foi inédita e inovadora, pois o contexto mostrava-se com iniciativas desarticuladas ou fragmentadas, com ações de impacto do SUS em educação limitadas. Neste contexto, há necessidade de "formulação de uma política pública do Ministério da Saúde para a educação dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do SUS e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde" (FEUERWERKER, 2004, p. 2).

Diante das avaliações propostas pela pesquisa de avaliação e acompanhamento da PNEPS, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (USP) e mediante ao Pacto da Saúde que disponibilizou as novas portarias: Portaria GM/MS nº 339 de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, a Portaria Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 foi substituída pela Portaria GM/MS Nº 1996.

Em 2007, foi aprovada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria GM/MS Nº. 1996, de 20 de agosto, que dispõem novas diretrizes e estratégias para implementação desta e revoga a anterior (BRASIL, 2007). Esta recoloca a questão de que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não sejam decididas "somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino", mas atendam os problemas em relação à atenção a saúde e à organização do trabalho (CECCIM, 2004; BRASIL, 2001).

A política da EPS procura transformar problemas identificados na vida cotidiana dos serviços em problemas educacionais, visando à produção de um atendimento integral e qualificado (BRASIL, 2004). Ainda ressalta que, a aprendizagem através de capacitações, só será efetiva quando os atores tomarem consciência do problema e nele se reconhecerem, tornando possíveis as mudanças necessárias (RIBEIRO; MOTTA, 2005). Porém, para os profissionais de saúde assumirem a condição de atores é necessário que estes deixem de ser coadjuvantes dos serviços para tornarem-se protagonistas deste processo assumindo um lugar central, de atores sociais das reformas e de práticas de atenção à saúde (CECCIM, 2005a). Desta forma, a EPS se faz cada vez mais necessária, pois ainda há dificuldades que permanecem pela formação dos profissionais centrada no tecnicismo e biologicismo.

Com vistas a isto, essa proposta busca uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde entre seus trabalhadores e usuários do sistema, pois a

transformação do processo de trabalho surge de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECIM, 2005a).

É importante salientar que se compreende competência como um conceito político-educacional que envolve articulação, mobilização de conhecimentos, habilidades teórico práticas, atitudes e valores éticos que permitem ao profissional o exercício eficaz e eficiente de seu trabalho. Ainda, possibilita a sua participação consciente, crítica e ativa no mundo do trabalho e, também sua auto-realização (RIBEIRO; MOTTA, 2005).

A EPS traz como foco a busca constante pelo conhecimento em todos os âmbitos, sejam estes institucionais ou não, considerando a permanente busca pela qualidade. Para tanto, os hospitais são considerados agentes da implementação dos processos de EPS, especialmente os universitários que primam pelo ensino. Essa proposta deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2004).

Um dos pressupostos pedagógicos da Educação Permanente é que as práticas são definidas por múltiplos fatores (construção do conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho) e estão centradas nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho (LOBATO, 2010). Assim, o Ministério da Saúde, em 2005, colocou como um dos resultados esperados dos processos de educação permanente a “a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados” (BRASIL, 2005, p.14).

O fortalecimento do SUS seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal deve ser subsidiado pela PNEPS, a qual deve orientar a articulação entre as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007).

Assim, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), definida como proposta de ação estratégica visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2007). Como estratégia para viabilizar estes novos processos de trabalho, a PNEPS introduz a criação de dispositivos inovadores de gestão, destacando-se entre estes o Colegiado de Gestão Regional (CGR) e as Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES), responsáveis pela condução da PNEPS. Sendo que estas devem ser instituídas em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde dos respectivos Estados do país (BRASIL, 2007).

Um dos objetivos da política de educação permanente é identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos profissionais e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva. Nesse contexto, a educação permanente assume papel fundamental na continuidade de formação dos profissionais para atender as exigências decorrentes das práticas sociais, do avanço tecnológico e da consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2007).

2.2 A Educação Permanente em Saúde e Residência Multiprofissional: encontros e desencontros

A Reforma Sanitária Brasileira legitimada pela 8º Conferência Nacional de Saúde (1986), a Assembléia Nacional Constituinte (1988), as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005) instituíram a necessidade de mudanças nos modelos de atenção a saúde e a transformação nos processos formativos de profissionais desta área (BRASIL, 2006).

Diante deste contexto, “novos perfis profissionais foram solicitados, colocando em pauta as tensões entre SUS e a formação dos trabalhadores” (LOBATO, 2010, p. 33). Porém, para que os profissionais da saúde “sejam, na assistência, no ensino ou na gestão, agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho e se constituam em um contra poder ao instituído, outras estratégias e referenciais devem ser consideradas” (LOBATO, 2010, p. 33) como a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que sinaliza como ênfase a educação no mundo do trabalho e para o trabalho.

O histórico da RMS é recente, porém sua institucionalização é mais antiga. Foi em 1978, criado o primeiro programa de Residência Multiprofissional em Saúde 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).

Porém, 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) (BRASIL, 2009). Assim, o Departamento de Gestão da Educação, em 2003, começa a desenvolver suas ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo CNS, em 2003 (BRASIL, 2009).

Este contexto possibilita a viabilização da Comissão de Residências em Saúde, a qual propiciou a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM). Diante disso, é instituída a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que estabelece à criação da Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica. Porém, é a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 que institui a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006) estimulando vários grupos a se articularem, em diversas regiões do país, para construir novos programas de residência multiprofissional em saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, nasce a Residência Multiprofissional em Saúde como uma possibilidade de "espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino serviço) articulado como dispositivo da educação permanente" (RAMOS *et al.*, 2006, p.378). 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, 2006).

Este espaço o qual a RMS se constitui para o desenvolvimento das ações de educação permanente em saúde pode se comportar como um espaço intersseçor, ou seja, aquele

> onde ocorre a relação entre os sujeitos que "sujeitam" em certas situações e que "se sujeitam" em outras. Isto é, ora assumimos posturas instituídas e ora posturas instituintes. Esta identidade está em constante movimento, provocando um jogo de forças que pode desencadear novas possibilidades do sentir e do agir em saúde (MERHY, 2002a, p.14).

A RMS em si se apropria deste espaço intersseçor porque designa a formação de profissionais, "atores de produção de saúde, onde estes não se preocupam com o apenas o somatório das ações, mas com o que existe entre elas, como o resultado de um processo singular, que proporcionam a busca de novos processos de mudança" (MERHY, 2002b. p 50).

O espaço intersseçor, designado por Merhy (2002a, p.51) é compreendido a partir das relações entre os sujeitos, que se colocam como agentes instituintes na busca por novos processos. Estas relações acontecem no espaço das suas interseções, onde o produto que existe para os "dois" em ato não existe sem esta relação.

A RMS constitui-se como uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pela prática profissional responsável por propor processos formativos enraizados na humanização, no acolhimento, na responsabilização com o usuário, na ação multiprofissional, integral e na resolutividade nos serviços de saúde, consolidando assim os princípios que norteiam o SUS (LOBATO, 2010).

Hoje, as RMS encontram-se atreladas ao um contexto de grandes disputas, lutas políticas e sociais, que exigem que os sujeitos envolvidos assumam posição de protagonistas deste processo (LOBATO, 2010). Além disso, que contribuam 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 (RAMOS *et al.*, 2006, p.379).

Assim, a modalidade de ensino em serviço, a RMS, constitui-se como uma das estratégias potenciais para repensar o processo de formação em saúde (BRASIL, 2006). A RMS busca proporcionar uma nova perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo além do contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, o deslanchar de mudanças de modelo tecnoassistencial em vista às necessidades locorregionais. Estas constituem o processo de educação permanente em saúde, com atuação multiprofissional, possibilitando a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive (BRASIL, 2006).

2.3 Implicações da Enfermagem na construção do conhecimento em Educação Permanente em Saúde

A fim de aprofundar as leituras e reflexões acerca da EPS, assim como ressaltar a produção de conhecimento referente á Enfermagem em torno deste tema foi realizado uma busca nas produções científicas (resumos de teses e dissertações) disponibilizadas no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

É importante ressaltar que esta pesquisa bibliográfica foi realizada na CAPES, pois ainda se perpetuam entraves que dificultam a busca nas bases de dados (LILACS, MEDLINE, SCOPUS, BDENF, CINAHL, entre outras) devido ao termo “educação permanente em saúde” não ser reconhecido como descritor e ter que ser substituído pelo descritor “educação continuada”. Esta substituição provoca, em níveis nacionais, uma dissonância no resultado da pesquisa, pois no Brasil, há uma diferenciação teórico-conceitual entre educação permanente em

saúde e educação continuada na área da saúde, sendo que EPS tem um conceito mais amplo, multidisciplinar, com diferentes objetivos e refere-se a uma política nacional (FERRAZ, et al; 2012).

A fim de me aproximar do objeto de estudo, foi realizada esta pesquisa com o objetivo de conhecer a produção científica acerca da Educação Permanente em Saúde através dos resumos das teses e dissertações disponibilizadas na CAPES. Desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, descritiva a qual envolveu atividades de busca, identificação, fichamento dos estudos e análise. O período referente a busca foi o segundo semestre de 2012.

A partir das palavras chaves “educação permanente em saúde” e “enfermagem” foram verificados os títulos e resumos de todas as teses e dissertações e selecionadas aquelas que se enquadravam aos seguintes critérios de inclusão: títulos e resumo de teses e dissertações completos que utilizassem a EPS como tema central de sua pesquisa. A identificação dos resumos foi realizada pelo número subcristo e as referencias destes estão no APENDICE A.

Como resultado desta busca, foram encontradas 26 teses e 121 dissertações sendo que a partir dos critérios de seleção, apenas 2 teses e 15 dissertações foram selecionadas. A partir desta seleção, os resumos selecionados foram colocados em uma tabela composta pelos seguintes aspectos: autor, título, ano, tipo de estudo, objetivos, abordagem metodológica, sujeito, cenário, resultados. Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática de Minayo, a qual é definida pelo descobrimento dos núcleos de sentido, que constituem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que está sendo analisado (MINAYO, 2010).

Diante desta análise, ficou evidenciado que a pesquisa acerca deste conhecimento é um tema contemporâneo e há necessidade de maior disseminação, pois somente 17 teses e dissertações referente a área da Enfermagem ressaltam a EPS como tema central. Referente ao ano de publicação, 2010 apresentou o ano de maiores publicações de teses e dissertações, totalizando cinco neste ano, seguido de 2011 com quatro, 2009 e 2007 com duas, 2008, 2006, 2005 e 2003 com uma em cada ano. Cabe ressaltar que a produção de teses e dissertações referente ao tema EPS pode ter sido mais enfatizada ao longo dos anos, em decorrência do impacto referente a instituição, em 2007, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Todas as produções da amostra apresentaram abordagem qualitativa, sendo que apenas uma foi abordagem qualitativa- quantitativa. Quanto aos objetivos, os estudos estão em, sua maioria, direcionados para a compreensão da EPS pelos enfermeiros, análise da influência da EPS na capacitação profissional, sobre o conhecimento das práticas e ações de EPS

desenvolvidas pelos enfermeiros assim como as contribuições que esta aborda em seus aspectos pessoais, profissionais e institucionais. Os objetivos também apontam para uma preocupação em construir diretrizes e estratégias a fim de disseminar a EPS.

Quanto ao cenário das pesquisas, os estudos foram realizados, em sua maioria, nos hospitais universitários, priorizando as unidades de terapia intensiva, seguido logo após pelas Estratégias da Saúde da Família (ESF). Ainda, a partir da análise temática surgiu a construção de duas categorias: *A EPS como estratégia para transformação pessoal, profissional e institucional* e *possibilidades da EPS para a construção de espaços educativos no trabalho*.

2.3.1 A Educação Permanente em Saúde como estratégia para transformação pessoal, profissional e institucional.

A Política da Educação Permanente em Saúde visa em seu objetivo primordial a qualificação dos profissionais de saúde que estão inseridos nos serviços públicos. Emerge das necessidades de construção de novas possibilidades de desenvolvimento dos profissionais de saúde que se encontram atrelados a capacitações insuficientes de provocar as mudanças que a saúde necessita para consolidar o sistema público.

Assim, os resumos que pertencem a esta categoria trazem que a Educação Permanente em Saúde veio a fim de possibilitar o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham no SUS e propiciar o desenvolvimento das instituições formadoras destes profissionais, reforçando a integração de gestão, formação, serviços de saúde e controle social assim também como sua contribuição para a transformação do/a profissional nas dimensões pessoal, profissional e institucional com efeitos positivos para a transformação do cuidado e da prática da enfermagem [1, 2, 13,14].

Um dos objetivos da política de educação permanente é identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos profissionais e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva. Nesse contexto, a educação permanente assume papel fundamental na continuidade de formação dos profissionais para atender as exigências decorrentes das práticas sociais, do avanço tecnológico e da consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2007).

Diante disso, é importante ressaltar que a política em questão desde a década de 80 já era considerada como importante dispositivo a transformação profissional e institucional. Isto se deve a Organização Pan Americana de Saúde que abordou a EPS como possibilidade de

reconstrução e reorientação das práticas de saúde dos trabalhadores e conseqüentemente fomentar as ações desenvolvidas para o SUS [(6)].

2.3.2 Possibilidades da Educação Permanente em Saúde para a construção espaços educativo no trabalho.

Os resumos referentes a esta categoria trazem que a EPS é considerada um processo educativo que pode ser desenvolvido no próprio ambiente de trabalho, pois assim promove a articulação do pensar com o fazer e possibilitam a coresponsabilização do cuidado. [(6,8,10, 11)]

A EPS tem como seu conceito a educação no trabalho e para o trabalho e a partir disso gera o processo de ensino-aprendizagem no cotidiano. Um dos pressupostos pedagógicos da Educação Permanente é que as práticas são definidas por múltiplos fatores e estão centradas nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho (LOBATO, 2010). Assim, a EPS prima pela democratização dos espaços de trabalho onde estes são utilizados para o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos em busca de soluções criativas para os problemas encontrados (BRASIL, 2005, p.14).

Assim, os estudos [(5,11,13)] trazem que além da EPS se apresentar como agente de criação de espaços para articular o processo de trabalho, ela promove a transformação do processo de trabalho que surge a partir de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente que ainda não é viabilizada devido a formação dos profissionais ainda perpetuar o modelo centrado biologicista, mecânico que impede de concretizar o que se preconiza na EPS (CECCIM, 2005a).

Percebeu-se que a maioria dos estudos apresentou que a EPS possui como desafio a formação de facilitadores para sua consolidação. Estes facilitadores seriam constituídos por gestores, que seriam responsáveis pela identificação dos problemas pertinentes aos serviços de saúde, as instituições formadoras que representariam um potencial para a disseminação da EPS e os trabalhadores de saúde como fomentadores da educação permanente nos cenários de saúde. [(5,6,7,15,16,17)]

Deste modo, os resumos anteriormente referidos apresentam os desafios que a EPS enfrenta para sua concretização e disseminação. Evidenciam também estratégias para o fortalecimento da educação permanente no SUS como a divulgação desta através das instituições de ensino, dos serviços de saúde e da população com o comprometimento e responsabilização da busca pela qualidade dos serviços de saúde e como consequência, consolidação dos princípios norteadores do SUS.

A partir do exposto nesta pesquisa é importante ressaltar que a Educação Permanente em Saúde aborda princípios e premissas fundamentais para a consolidação do SUS. Porém, enfrenta desafios e obstáculos para a perpetuação de ações de educação permanente, que dependem dos atores coresponsáveis pela viabilização da política.

Cabe-se salientar que a maioria dos resumos das teses e dissertações trazem a EPS abordando seus conceitos e de forma a aplicá-los na realidade dos serviços. Os profissionais de saúde já apontam a EPS como estratégia para a transformação de suas práticas em prol de um cuidado integral e humanizado, mas ainda há impasses quanto á assimilação do compromisso e importância desta nas suas ações.

É visível a carência da produção científica em estudos voltados à EPS sendo necessário ampliar a possibilidade de estudá-la em direção a instituições formativas que são dispositivos para sua disseminação, onde entre elas, está Residência Multiprofissional, a qual também é responsável pela qualificação de enfermeiros para o trabalho no SUS.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A presente pesquisa se caracteriza de acordo com seus objetivos, como abordagem qualitativa, do tipo de Estudo de Caso descritivo. A escolha pela pesquisa qualitativa tem relação

com o fato de trabalhar com “o universo de significações, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações” (MINAYO, 2010, p. 33). Ainda, por ser flexível capaz de se ajustar ao que vai sendo descoberto e por utilizar várias técnicas no decorrer da produção de dados; essa abordagem visa uma compreensão do todo, em que os pesquisadores buscam reunir uma complexa rede de dados para posterior análise (POLIT, BECK, 2011), bem como se utilizam de suas experiências para buscar informações e fontes por meio de uma linguagem clara (MARTINS, 2006; YIN, 2010).

A opção pelo tipo Estudo de Caso justifica-se pela possibilidade de analisar o fenômeno diante de seu contexto, abordando a realidade em profundidade e permitir seu amplo e detalhado conhecimento em exaustão (MARTINS, 2006; YIN, 2010) e por esclarecer por que e como determinada decisão foi tomada visando mostrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO, 2010). Nesta perspectiva, a relevância de adotar o Estudo de Caso, como método de investigação propicia generalizações naturalísticas e manifestação de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo; também considera que, para responder ao objetivo da pesquisa, muitas variáveis estão implicadas e interessam na análise que irão permitir vários olhares sobre o mesmo fenômeno (YIN, 2010).

Além disto, o estudo de caso corrobora para desvendar estudos a partir de uma perspectiva de “investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2010, p.32). Assim, é utilizado para explorar aquelas situações nas quais a intervenção, que está sendo avaliada, não apresenta um conjunto simples e claro de resultados. Diante disso, é necessário realizar a análise profunda do objeto de pesquisa, determinando o caso por meio de suas circunstâncias e abrangência da unidade (CAMPONOGARA, 2008).

Este método pode ser apontado como uma estratégia de escolha para a abordagem de acontecimentos contemporâneos, onde comportamentos dos indivíduos não podem ser manipulados, evidenciando questões-problema do tipo “como” e “por que”, as quais exigem a observação direta dos fenômenos, a realização de entrevista com as pessoas envolvidas, e a análise dos documentos disponíveis, enfim, de uma ampla variedade de evidências (YIN, 2010).

Acredito que para a Enfermagem, o Estudo de Caso constitui-se um método de grande potencial para investigações e vem sendo utilizado de forma crescente. Desta forma, optei pelo Estudo de Caso por acreditar que este método me possibilitaria a análise de modo detalhado do desenvolvimento da EPS pelos integrantes de uma residência multiprofissional e suas implicações, pois este método tem como objetivo capturar as circunstâncias e as condições de

um lugar comum ou do dia-a-dia, uma vez que este fornece informações a respeito das experiências da instituição (YIN, 2010).

Outro motivo para a escolha do método estudo de caso foi a possibilidade deste ser aplicado em diversas áreas do conhecimento, o que propicia as generalizações naturalísticas e a revelação de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo (STAKE, 1998; YIN, 2010).

Assim, justifica-se o delineamento escolhido, a fim de descrever como a EPS é desenvolvida pelos profissionais da residência multiprofissional, o qual objetivo foi oportunizado pelas estratégias utilizadas para a coleta de dados, as quais foram: a análise documental do projeto político da RMIS, a observação sistemática dos seminários de núcleo e campo e das preceptorias respectivamente, e da entrevista semiestruturada com os profissionais integrantes do programa.

3.1 Cenário da pesquisa

O cenário desta pesquisa foi o Programa da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS) do Centro de Ciências da Saúde, que é desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria. Esta é uma instituição pública, federal vinculada ao Ministério da Educação localizada no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

O Programa de RMISPS, desenvolvido nessa instituição, tem como Diretrizes Político-Pedagógicas e Estratégias Metodológicas a formação de profissionais com competências para atuar no Sistema Público de Saúde, tendo a atenção Hospitalar e a gestão como cenário orientador do processo de formação. No que tange a área hospitalar, a Residência vem sendo desenvolvida no HUSM o qual foi criado em 1970, constituindo-se, atualmente, em um centro de referência secundária e terciária da região centro-oeste do estado, que atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo 46 municípios, o que faz deste o cenário para o desenvolvimento da RMS.

A RMISPS é norteada pelos princípios e diretrizes do SUS e tem como objetivo desenvolver nos profissionais capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional, constituindo a lógica da “tríplice integração”. Possui como eixo orientador, a estruturação de “Redes ou Linhas de Cuidado” centradas em quatro áreas de concentração de base clínica-epidemiológica de relevância em termos de morbimortalidade para região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, quais sejam:

Crônico-Degenerativo, Saúde Mental, Mãe-Bebê e Hemato Oncologia (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

A implantação desta modalidade de Residência na UFSM justifica-se pela necessidade de oportunizar a integração das instituições de ensino e serviços de saúde, fazendo com que a proposta da formação e o caráter da atenção e gestão sejam concomitantemente reorientados, na perspectiva do fortalecimento do SUS e das políticas públicas de saúde vigentes no País. O HUSM é o cenário central da residência, tendo os demais serviços do sistema de saúde como complementares, quais sejam: gestão e atenção na rede básica (estratégia de saúde da família), gestão e atenção de serviços intermediários (CAPS, CEDAS, etc..) e unidades gestoras (4ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde).

O Programa RMISPS iniciou suas atividades em maio de 2009 buscando desenvolver as atividades de formação em serviço na lógica da pedagogia problematizadora, com o objetivo de promover a interdisciplinaridade no processo de gestão e atenção. As atividades de Núcleo Profissional competem à realização de funções/ações inerentes de cada profissão. E as atividades de Campo Profissional competem ao exercício da interdisciplinaridade, a qual enfoca nos dispositivos da Clínica Ampliada, desenvolvendo a implantação de Planos Terapêuticos Integrados (PTS); construção de Linhas de Cuidado através de protocolos clínicos, fluoxogramas, sistemas de Referencias e Contra-referencias; construção de Redes Integradas institucionais ou não institucionais; elaboração de Planos de Gestão Integrados (PGI) e participação em seminários de campo, “round”, discussão de casos, reuniões de equipe e grupos de estudo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

A pesquisa foi realizada com foco na área hospitalar, uma vez que é contemplada pelo Ministério da Educação, com ênfase na Gestão e Atenção Hospitalar. Acredita-se que a delimitação do estudo, nesse cenário, e com esse enfoque permitiu que a coleta de dados fosse direcionada para obtenção de informações sobre como a educação permanente em saúde é desenvolvida pelos profissionais integrantes da RMIS no seu cotidiano de atuação. Essa demarcação foi fundamental a fim de atender ao pressuposto dessa estratégia de pesquisa, qual seja a de delimitar o fenômeno em investigação e estudá-lo em profundidade.

3.2 Participantes da pesquisa

Os participantes envolvidos na pesquisa foram os profissionais integrantes da RMISPS, referente à área hospitalar que conta com 42 residentes, contemplando as seguintes profissões:

Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Odontologia e Educação Física e 28 preceptores contabilizando de núcleo e campo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Inicialmente, realizou-se o contato com a coordenação da RMISPS para a apresentação do projeto de pesquisa e, posteriormente uma aproximação com o Projeto Pedagógico de Curso norteador do referido Programa. Este me possibilitou o conhecimento do quadro de profissionais integrantes do programa, bem como a sua distribuição nos serviços do hospital. Com isso, conheci a dinâmica das atividades dos integrantes da RMIS nas áreas nas quais os profissionais estavam desenvolvendo suas atividades com vistas a realizar a observação sistemática das ações de educação permanente em saúde.

Como critério de inclusão para a entrevista semiestruturada estabeleceu-se: ser profissional vinculado a RMISPS atuante na atenção hospitalar no período da coleta de dados. E, como critérios de exclusão os sujeitos que estivessem em período de férias ou em atestado médico no período da coleta de dados.

A escolha dos sujeitos foi intencional, sendo que a seleção dos elementos foi, sobretudo, da preocupação de que esses espelhassem as dimensões do contexto (MINAYO, 2010). Para que a pesquisa contemplasse todas as profissões, os participantes foram convidados pessoalmente pela pesquisadora sendo um representante no mínimo de cada profissão e um preceptor de cada linha. O número de participantes foi de 16 profissionais entre homens e mulheres, sendo que a maioria dos sujeitos entrevistados foram mulheres. No entanto, duas destas profissões não se fizeram presentes mesmo tendo sido agendadas as entrevistas diversas vezes. É importante salientar que a seleção dos sujeitos não foi pelo número que estes representavam, porém pela capacidade desta amostragem refletir nas múltiplas dimensões de uma totalidade (CAMPONOGARA, 2008).

Após o aceite realizei a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE A), que foi assinado em duas vias iguais sendo que uma ficou com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

3.3 Produção dos Dados

No estudo de caso podem ser utilizadas diversas fontes de evidências, as quais todas elas são complementares e indispensáveis a aplicabilidade deste método (YIN, 2010). Assim, o que

diferencia o estudo de caso de outras modalidades de pesquisa é a “capacidade de trabalhar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observação” (YIN, 2010, p. 27). Além disso, a utilização de várias fontes de evidências proporciona ao estudo mais qualidade e significância (MARTINS, 2006).

Frente a isto, a produção de dados proposta para esta pesquisa ocorreu por meio de diferentes técnicas: análise de documentos referentes ao Projeto Pedagógico de Curso da RMIS; observação dos seminários de núcleo e campo realizados pelos preceptores juntamente com os residentes e a entrevista semiestruturada.

A **análise documental** se constitui em uma técnica valiosa das abordagens qualitativas, seja complementando as informações obtidas por meio de outras técnicas ou para evidenciar aspectos novos de um tema ou problema. Propicia uma melhor compreensão do caso e, corrobora para evidências coletadas por outros instrumentos e outras fontes. Também, permite a confiabilidade de achados por meio da triangulação de dados e de resultados (MARTINS, 2006).

Para tanto, esta etapa foi realizada por meio de um roteiro previamente organizado (APENDICE B), utilizando-se o Projeto Pedagógico do Curso da RMIS.

A **observação sistemática** foi a segunda técnica desenvolvida, mediante o roteiro de observação (APENDICE C) juntamente com a utilização de um diário de campo. A justificativa para a realização da observação está no pressuposto de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

As observações sistemáticas são “procedimentos empíricos de natureza sensorial, ou seja, ao mesmo tempo em que permitem a coleta de dados de situações, envolvem a percepção sensorial do observador, distinguindo-se, enquanto prática científica, da observação da rotina diária” (MARTINS, 2006, p.23). Diante disso, a observação foi importante porque contemplou algumas especificidades, complementando a produção de dados, a fim de obter informações consistentes para compreensão do fenômeno investigado.

Para a observação sistemática foi realizado inicialmente o contato com os profissionais da residência a fim de esclarecer o propósito da observação. A observação é um procedimento empírico de natureza sensorial, o qual não pode ser desconsiderado em um Estudo de Caso (MARTINS, 2006). Os dados referentes a observação foram registrados em um instrumento de campo (diário de campo) onde constou todas as informações, conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que disseram respeito ao objetivo pesquisa (MINAYO, 2010).

Inicialmente estava previsto no projeto de pesquisa o grupo focal, porém após as observações senti a necessidade de realizar as entrevistas que foram sugeridas pelos profissionais

da residência multiprofissionais. Estes indicaram esta estratégia em decorrência que as suas atividades já eram realizadas de forma grupal e isto traria um desgaste físico e emocional aos mesmos.

Assim, foi utilizada a **entrevista semiestruturada**, composta por um roteiro de perguntas abertas permitindo que o participante falasse sobre o tema proposto, sem respostas já fixadas pela pesquisadora (MINAYO, 2010). Essa modalidade parte de certos questionamentos básicos que oportunizam um vasto campo de interrogativas as quais possibilitam novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado (MOREIRA; CALEFFE, 2006). As entrevistas constituem uma importante fonte de informação para um estudo de caso (YIN, 2010).

Para tanto, iniciou-se a entrevista perguntando ao participante: o que você percebe por Educação Permanente em Saúde? Na seqüência, apresentou-se um fragmento da política que possibilitava discorrer o tema proposto e logo após as demais perguntas (APENDICE D).

A coleta de dados ocorreu de maio a outubro de 2012, com prévio agendamento da entrevista com os participantes da pesquisa. Para tal, utilizou-se uma sala disponível em cada unidade de internação do HUSM conforme combinado com os entrevistados e com a equipe visando manter a privacidade e a identidade dos sujeitos da pesquisa. O tempo não foi delimitado e aconteceu conforme a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram registradas com um auxílio de um gravador, em áudio MP3 e, após foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. Foram realizadas 16 entrevistas com os profissionais integrantes da RMIS.

Após a produção dos dados, estes foram analisados de forma integrada de modo a contemplar a Triangulação dos dados que o Estudo de Caso preconiza. A Triangulação dos Dados favoreceu a qualidade e profundidade da análise e garantiu que as descobertas resultantes da pesquisa fossem convincentes e acuradas de modo a possibilitar um estilo corroborativo de pesquisa (MARTINS, 2006, p.81).

O processo da Triangulação dos Dados proporcionou ao estudo uma melhor acurácia às análises, possibilitando ao pesquisador, construir um encadeamento de evidências, a fim de aumentar a confiabilidade das interpretações (YIN, 2010). A Triangulação dos Dados constitui-se um aspecto diferenciador que estabelece a validade do construto, maximizando a confiabilidade (CAMPONOGARA, 2008).

3.4 Análise e interpretação dos dados

Após as transcrições das entrevistas iniciou-se a organização do material para sua análise futura.

Para processo de análise dos dados foi utilizado o *Software* Atlas Ti 6.2 (Qualitative Research and Solutions) o qual proporciona que os pesquisadores introduzam dados qualitativos digitalizados com auxilio no processo de codificação e recodificação dos temas (MOSTARDEIRO, 2010).

A fim de interpretar os dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática que "parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos" e tem como objetivo descobrir os núcleos de sentido que fazem parte de uma comunicação cuja presença ou freqüência significam alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2010, p. 203). Esta análise proposta relaciona as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articulando os textos descritos e analisando com os fatores que determinam suas características como as variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Além disso, "comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo" (MINAYO, 2010, p. 208).

Dessa forma, a referida análise avalia "qualitativamente a presença de determinados valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso" e está constituída de três etapas: a Pré-Análise, Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação (MINAYO, 2010, p. 209).

A Pré-Análise consistiu na organização que correspondeu a sistematização das idéias iniciais a partir da questão norteadora e dos objetivos da pesquisa. Esta etapa ocorreu em três fases: leitura flutuante, exploração do material e o tratamento dos resultados.

A **leitura flutuante** foi o primeiro contato da pesquisadora com os documentos a analisar deixando-se impregnar por seus conteúdos. Após a leitura, aconteceu a escolha do que analisar. Porém, essa escolha dependeu dos objetivos da pesquisa e é denominada de constituição do corpus do estudo. Assim, realizou-se uma leitura exaustiva do material tendo como parâmetro as indagações iniciais.

A seguinte etapa da Análise Temática foi a **exploração do material** que consistiu na transformação dos dados brutos visando alcançar a compreensão do texto, ou seja, conseguir a sua essência. Definiram-se as unidades de registro, de contexto, segmentos significativos e categorias.

Por fim, a última fase foi o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação** em que os resultados foram interpretados de acordo com o quadro teórico, ou seja, a pesquisadora realizou inferências e interpretações relacionado-as com a fundamentação teórica.

Para realizar cada uma das etapas foi necessário retornar à questão norteadora e aos objetivos desta pesquisa. Também, foi realizada a leitura flutuante do material a ser analisado, isto é, após as entrevistas serem gravadas, elas foram transcritas.

È oportuno lembrar que para análise dos dados desta pesquisa foi utilizado a Triangulação dos Dados, onde todo o material coletado constituiu o corpus da pesquisa e foi analisado de forma a responder os objetivos desta pesquisa.

3.5 Dimensão Ética

Primeiramente, entrei em contato com a Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde a fim de solicitar autorização para realizar a pesquisa com os profissionais de saúde participantes desse programa e esclarecer sobre a mesma, de forma clara e concisa facilitando o entendimento dos objetivos e esclarecendo sobre a coleta de dados. Após, foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde e na Plataforma Brasil sendo o protocolo do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UFSM sob o Nº 01417012.4.0000.5346.

A entrada, em campo, para a realização da pesquisa aconteceu somente após a aprovação do CEP/UFSM considerando fundamental a condução ética, durante todo o processo desta pesquisa na qual foram observados os princípios da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2004).

Foi apresentado pela pesquisadora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE E), o qual foi lido junto com os profissionais participantes da pesquisa. O TCLE informa que a participação do sujeito de pesquisa seria voluntária, respeitando a sua autonomia, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados; também, informa quanto aos benefícios desta pesquisa os quais dizem respeito à melhor qualidade das práticas referentes a Residência Multiprofissional de Saúde, bem como à produção de conhecimento; e quanto aos possíveis riscos na participação da pesquisa seria a possibilidade da mobilização emocional dos profissionais, situação que poderia ser minimizada pelo atendimento de profissionais do próprio serviço vinculados ao HUSM (psicólogo) que foi previamente contatado.

Assim, para garantir o sigilo e confidencialidade dos participantes da pesquisa foi utilizada a letra ‘E’ (E1, E2, E3, E4...), por ser a letra inicial da palavra Educação Permanente em Saúde, seguida de um número que não corresponde à seqüência de sua participação na pesquisa. Ainda, juntamente com esta identificação, foi colocado entre parênteses a palavra “residente” ou

“preceptor” para diferenciar quem era residente e preceptor das entrevistas realizadas. Foi esclarecido aos participantes o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa. Os dados referentes a esta pesquisa farão parte de um banco de dados que serão guardados pela pesquisadora responsável.

Também, foram garantidos esclarecimentos de quaisquer dúvidas no transcorrer da pesquisa. A participação dos sujeitos foi voluntária e tiveram a liberdade de desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem constrangimento ou prejuízo.

Além do TCLE, o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE – F) assegura que as informações serão mantidas em arquivo confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por cinco anos na sala 1445 do Centro de Ciência da Saúde. Após este período, os dados serão destruídos.

Ao final da pesquisa, foi elaborado a Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM e na seqüência, serão encaminhados artigos para publicação em Revistas de Enfermagem de âmbito nacional, internacional, bem como trabalhos científicos para serem apresentados em eventos da área da Saúde e da Enfermagem.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este tópico pretende trazer a discussão e a interpretação dos resultados desta pesquisa.

Iniciarei a apresentação dos resultados, expondo o projeto político da RMIS e logo a seguir a análise a partir da triangulação dos dados.

4.1 Apresentação do projeto político da Residência Multiprofissional em Saúde e sua convergência com os princípios da Educação Permanente em Saúde

O cenário desta pesquisa foi o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (PRMISPS), o qual tem como unidade administrativa o Centro de Ciências da Saúde (CCS), vinculado a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A necessidade deste programa se justifica devido à inexistência de programas de residência multiprofissional na região centro oeste do Rio Grande do Sul, sendo que a UFSM, a qual este é vinculado, é considerada referência para ações de ensino-pesquisa-extensão. Aliado a este contexto, nestes locais há elevada demanda de profissionais em saúde para a realização desta modalidade de pós-graduação. É importante ressaltar que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público em Saúde (PRMISPS) é constituído pela gestão e atenção hospitalar, sendo que a escolha pelo Programa com ênfase na gestão hospitalar foi por esta área ser vinculada ao Ministério da Educação e assim, fazer uma conexão do ensino com o serviço.

O projeto político do referido programa é orientado pelas diretrizes políticas pedagógicas e estratégias metodológicas balizadas pela formação de profissionais de saúde com competências para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a desenvolver nestes profissionais a capacidade de realizar uma atuação interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, constituindo a lógica que norteia o programa da “Tríplice Integração”. Esta lógica é baseada em um novo modo de pensar-fazer saúde, o qual integra o cenário hospitalar com os diferentes níveis de complexidade do SUS, integrando as ações, os serviços e os sistemas de saúde. Desta forma, isto vai além das mudanças propostas no sistema de formação dos cursos da saúde envolvidos, mas pressupõe novas práticas de atenção e gestão nas instituições envolvidas.

A análise do projeto político da RMIS aponta evidências de princípios da EPS sendo que um destes princípios é que esta residência multiprofissional pressupõe que a formação dos profissionais seja com competência para haver articulação e organização em vistas a uma visão ampliada do sistema de gestão e atenção em saúde. Dessa forma, podemos evidenciar que a proposta a qual é apresentada no programa converge com o que a Política da Educação Permanente em Saúde propõe, uma estratégia que contribui para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas para que a organização dos serviços empreenda um

trabalho articulado entre os sistemas de saúde, integrando suas esferas com as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

A proposta da RMIS vem de encontro ao caráter fragmentado ofertado pelos serviços de saúde e ao encontro da necessidade de órgãos fomentadores interagirem com este processo, qualificando profissionais que respondam ás necessidades de mudança do SUS. Em consonância ao que propõe o projeto do programa, a EPS aborda a ruptura com esta lógica do caráter fragmentado dos serviços e ressalta mudanças e melhorias nestes espaços (BRASIL, 2006).

O projeto da RMIS apresenta dez objetivos gerais, que contemplam todas as áreas de concentração, sendo que a maioria dos objetivos se delineia de acordo com os princípios da EPS. Um dos objetivos é capacitar os residentes para uma atuação norteada pela concepção ampliada de saúde, sustentados nos princípios e diretrizes do SUS. A EPS caracteriza-se por consolidar as diretrizes do SUS.

Além deste objetivo, a RMIS propõe desenvolver propostas de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população, capacitar para a integralidade na assistência, potencializar a integração ensino-serviço, propiciar uma formação crítica reflexiva a fim de provocar mudanças nos modos de pensar e fazer a saúde, adotar metodologias baseadas na Política de Humanização, de Gestão e de Educação para o desenvolvimento do SUS e fortalecer o trabalho interdisciplinar. Embora, em todos estes objetivos propostos pelo programa de RMIS não haver se salientado a EPS, evidencia-se em sua análise a convergência com os princípios adotados por esta política. A EPS busca qualificar profissionais em saúde, baseado na necessidade dos serviços locais de saúde, através do trabalho interdisciplinar, em busca de transformações das práticas profissionais e que estas estejam baseadas na reflexão crítica, onde as necessidades das pessoas e das populações são os referenciais para os processos de mudanças em busca da qualificação e da consolidação dos princípios do SUS.

A partir desta apresentação do projeto político da RMIS, segue-se a triangulação dos dados, a partir da análise documental, da observação sistemática e da entrevista semiestruturada procurando pôr em evidência determinados aspectos do desenvolvimento da EPS pelos profissionais integrantes desta residência. A análise foi construída a partir da minha ótica de pesquisadora ancorada pelas concepções de autores que trabalham com esta temática destacando as potencialidades dos achados.

4.2 Apresentação da discussão da análise resultados a partir da Triangulação dos Dados

A análise dos dados foi desenvolvida a partir da leitura do conteúdo das entrevistas, das observações realizadas e da análise documental. Foi, fundamentada em concepções de Ceccim (2004, 2005, 2006, 2007, 2009,2010), Franco (2007, 2010) e Merhy (1997, 2002, 2005, 2003,

2009) os quais participam ativamente na produção de conhecimento acerca da EPS, entrelaçados a autores que apresentam consonância com esta produção de conhecimento.

Ao utilizar a análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2010), emergiram, dos depoimentos dos profissionais integrantes da RMIS, três grandes categorias: EPS na percepção dos profissionais integrantes da RMIS; RMIS como espaço intersseçor para o desenvolvimento da EPS e a EPS como dispositivo de formação de profissionais em saúde na RMIS.

Em relação a categoria EPS na percepção dos profissionais integrantes da RMIS, foram observadas quatro subcategorias: EPS como instituidora de espaços coletivos de reflexão das práticas, EPS como um encontro das "entredisciplinaridades", EPS como articulação entre as esferas de gestão e atenção e EPS como dispositivo de integração teoria e prática.

Relacionadas a categoria RMIS como espaço intersseçor para o desenvolvimento da EPS, revelaram-se duas subcategorias: RMIS como instituidora de espaços coletivos de EPS e ações de EPS que permeiam a atuação na RMIS: um encontro entre sujeitos.

E referente á última categoria EPS como dispositivo de formação de profissionais em saúde na RMIS observou-se duas subcategorias: EPS permeando a formação dos residentes por meio de encontros pedagógicos e possibilidades e limites para uma formação orientada pelos princípios de EPS na RMIS.

Abaixo, passo a descrever as categorias e suas respectivas subcategorias.

4.2.1 Educação Permanente em Saúde na percepção dos profissionais integrantes da RMS

A literatura sobre a EPS (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002.; PEDUZZI, et al, 2009.; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; MERHY, 2005.; RIBEIRO; MOTTA, 1996) e os documentos oficiais da política de EPS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007) permitem identificar um conjunto de características da concepção de EPS: a valorização do trabalho como fonte do conhecimento; a busca de articulação dos processos educativos dos profissionais de saúde com o cotidiano dos processos de trabalho, bem como a busca de articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social; o reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores e dimensões; a orientação das ações educativas de profissionais para a integração do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; a utilização de estratégias de ensino contextualizadas e participativas e a busca da transformação das práticas de saúde e de enfermagem, conduzindo a um atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários e população.

A partir da concepção destes autores acerca da EPS, apresento as subcategorias relacionadas com a percepção dos profissionais integrantes da RMIS sobre a EPS:

4.2.1.1 Educação Permanente em Saúde como instituidora de espaços coletivos de reflexão das práticas

A concepção de EPS tem uma trajetória bem consolidada e trouxe novos aspectos na sua constituição no momento que se tornou uma política no Brasil. A construção do conceito que a PNEPS apresenta foi consolidada por três vertentes teóricas. A primeira, com relação diretamente com a Educação Popular ou Educação de Jovens e Adultos de Paulo Freire de onde parte a ideia da aprendizagem significativa; a segunda, do movimento institucionalista da Educação pela produção de René Lourau e George Lapassade, que reconheceu que a educação se efetiva com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar. Ainda, dos institucionalistas deriva a noção de autoanálise e autogestão. E, a terceira, provém de vários movimentos de mudança na formação de profissionais de saúde, resultantes da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde (CECCIM, 2005b). Todas estas vertentes vieram a constituir o conceito de educação permanente em saúde adotado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2004, conceituada como uma "ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais" (BRASIL, 2004, p.10). É em consonância á este conceito que os profissionais integrantes da RMIS apontam a sua percepção em relação à EPS:

> *Para mim, educação permanente, é tudo que se envolve com a reflexão da prática. (residente) E1*
>
> *Ela te faz parar para pensar sobre aquilo que tu está fazendo e não fazer por fazer. (residente) E6*
>
> *Acredito que sem termos muito conceituais seja uma estratégia desenvolvida em serviço para facilitar a reflexão dos profissionais sobre o seu fazer. (residente E10)*
>
> *A educação permanente que era para a educação dos profissionais, para aprendizado, para refletir as práticas. (residente) E12*
>
> *São ações de estímulo e viabilização para a equipe de saúde se manter atualizada, se manter adquirindo novos conhecimentos e refletindo sobre as suas práticas. (preceptor E13)*

A EPS situada como reflexão das práticas é fortemente sinalizada nos depoimentos, pois enfatiza que as atividades desenvolvidas pelos residentes estão fundamentadas pela reflexão e que estes a fazem no momento do planejamento. É importante ressalvar que nas observações dos seminários de núcleo e campo, ressaltava-se a importância de refletir sob o que se estava planejando para atuar tanto com os usuários quanto com os profissionais de saúde envolvidos na equipe. A cada planejamento da atividade a ser desenvolvida os residentes salientavam a importância de ter um sentido, um significado para desenvolver alguma atividade. Revela-se a partir dos depoimentos e das observações que os seminários de campo e núcleo, reservados para planejamento de ações são pautadas na reflexão diária e em significados, sentidos para a construção da atividade em si.

Dessa forma, no Projeto Político Pedagógico da RMIS também é salientado que se espera que o residente internalize uma atitude crítico reflexiva, que se traduza em comprometimento com as metodologias que propiciam este tipo de formação e que viabilizem uma maior resolutividade das ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

A produção de sentido a cada atividade planejada que os residentes demarcam como sendo essencial para produzir saúde na residência vem da ideia central da PNEPS: a aprendizagem significativa. Esta surgiu a partir de uma Teoria desenvolvida por David Ausubel (1982) onde há uma interação com o novo conhecimento e o já existente aonde os dois vem se modificando e se construindo de maneira não estática a fim de atribuir um novo significado com componentes pessoais. Além de a aprendizagem significativa ter sido promovida a partir desta Teoria, há também a influência da problematização e da relação dialógica, típicas do pensamento de Paulo Freire e de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge de uma situação vivida (RAMOS, 2009). Na visão deweyana "compreender significa aprender um significado, o que implica contemplar um objeto em suas relações com outras coisas, observar como opera ou funciona, que consequências se seguem dele, o que pode produzir e que utilidade pode ter" (RAMOS, 2009, p.179).

A aprendizagem significativa na política refere-se a uma pedagogia onde propõe ao profissional de saúde/estudante/trabalhador um papel mais ativo no processo de saúde, potencialmente mais significativo e relacionado com a experiência prévia do sujeito contrapondo-se com os modelos tradicionais (FRANCO, CHAGAS, FRANCO; 2012). Compreendo desta forma, que para o residente considerado como articulador do processo de mudanças das práticas de saúde, a aprendizagem significativa potencializa a consolidação deste como ator político do processo de mudança.

Através dos seminários de núcleo e campo pude observar que estes são retratados pelos residentes como encontros que buscam a invenção de novos sentidos os quais combinados produzem o novo. Este novo não movimenta somente o usuário, ou a equipe, mas sim o espaço onde a saúde se produz. Este espaço, onde a saúde pode se transformar com o dispositivo da EPS, considero ser o espaço que a residência multiprofissional em saúde atua. Nesse sentido, o espaço da RMS propõe uma atuação sem delimitação, a priori, entre as profissões, e propõe uma "entredisciplinaridade", um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que todos os potenciais seguiriam se atualizando, e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente de si, dos encontros, do trabalho (CECCIM, 2010).

Nos depoimentos abaixo, a reflexão crítica baseada nas práticas reais apresentou destaque na conceituação da EPS pelos residentes:

> *A questão da reflexão crítica sobre as práticas reais. (residente) E5*
>
> *A situação que os profissionais, os usuários estão inseridos e trazer essa reflexão como que trás aqui o material da secretaria de educação trabalhar a questão da reflexão critica das práticas reais. (residente) E7*
>
> *Uma atuação nas práticas profissionais baseada numa reflexão. Isso aqui mais ou menos é o que a gente está tentando fazer agora que é ver qual é a realidade junto com os profissionais, debater e propor oficinas, estudos, grupos para que depois eles possam também melhorar as ações deles. (residente) E4*

Os depoimentos sinalizam para a reflexão a partir dos problemas que são enfrentados no seu dia a dia. Este se configura como cenário da produção de problemas a serem desafiados e resolvidos a partir da ótica da EPS e do SUS, com uma visão ampla onde os residentes deverão agir como articuladores na identificação de "nós críticos" (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009). Com isto, poderão desenvolver a capacidade de criar estratégias inovadoras no campo da gestão e a atenção imprescindíveis para mudanças necessárias a consolidação do SUS. Nesse sentido, os discursos vêm ao encontro da Educação Permanente em Saúde a qual se constitui como uma estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venham a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005a, p. 976). Na medida, que os profissionais, e aqui se salienta os profissionais integrantes da RIMS vão internalizando este processo acredita-se que as mudanças possam ser viabilizadas. Para isto, é importante a discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção (CECCIM, 2004, 2005a). Os profissionais integrantes da RMS

ainda possuem como um dos seus desafios à integração com a realidade local onde estão inseridos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009). Para tanto, eles necessitam efetivar essa integração nos espaços no sentido de promover a reflexão dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde em sua abordagem conceitual pontua que a partir da reflexão das práticas problematizadas nos serviços, estas devem ser transformadas a fim de corresponder às necessidades dos usuários, do serviço, da gestão e do ensino (CECCIM, 2005a). No projeto pedagógico da RMIS salienta que esta transformação das práticas pode ser viabilizada pela atuação dos residentes na identificação de nós críticos e promovendo novas estratégias para viabilizar estas mudanças. Corroborando com este propósito, nas observações dos seminários foi visualizada a preocupação dos profissionais integrantes da RMS que suas práticas visem á transformações provenientes de uma "incomodação", do "desejo de mudar"**,** para proporcionar autonomia e interesse para vida dos usuários**.** O ato de problematizar a realidade, questionamento permanente do cotidiano, gera o desejo de mudança, uma vez que favorece a sensação de incômodo, a percepção da insatisfação com o realizado (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). O incômodo só é percebido quando vivido de forma intensa, ou seja, por meio da vivência e da reflexão sobre as práticas cotidianas (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM; 2006).

A problematização das práticas de saúde no trabalho possibilita a compreensão e busca de nexos no processo de trabalho. O engajamento dos trabalhadores na ação de repensar as práticas e atuar positivamente mediante o diálogo é estimulado ao reconhecer seus conhecimentos prévios, aspecto fundamental à EPS (FEUERWERKER, 2005). Este processo reflexivo apontado pelos residentes evidencia a transformação das práticas:

> *Eu acho que a partir do momento que o profissional está refletindo sobre a prática dele e consequentemente ele está transformando esta prática. (preceptor)E2*
>
> *É uma proposta de ensino e serviço, de tu conhecer a realidade para poder modificar ela! Não é nada feito assim, tu tem que conhecer o local, o problema para poder propor soluções, para poder transformar. (residente) E11*
>
> *Tu tens que mudar valores, tem que refletir sobre a tua prática, sobre o teu fazer, para trabalhar estas transformações. (preceptor)E14*

A reflexão sobre as práticas pode ser constatada nas entrevistas, em que a maioria dos residentes afirma perceber a educação permanente em saúde como uma prática reflexiva desenvolvida no cotidiano de seu trabalho. Dessa forma, pensar outras formas de atenção à saúde para a população implica, entre outras atitudes, rever as relações de trabalho no setor, as características dos profissionais que estão sendo formados, remetendo-nos aos pressupostos que têm respaldado suas formações e práticas (BAGNATO; MONTEIRO, 2006, p. 250).

No sentido de incorporar esta realidade no cotidiano da RMS, é necessário que os profissionais integrantes da residência compreendam a EPS como uma proposta pedagógica que desenvolve seu processo educativo no seu cotidiano de atuação. Esta estratégia pedagógica é atravessada pelas relações concretas que operam realidades e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005b). Isto deve ser visto na perspectiva de que a ação produtiva é duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o profissional (trabalhador) produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito (FRANCO, 2007).

4.2.1.2 Educação Permanente em Saúde como um encontro entredisciplinas[2]

A implantação do SUS se constitui em um movimento contra-hegemônico na atual conjuntura neoliberal, tanto no contexto brasileiro quanto internacional, e há reflexões teóricas importantes sobre a necessidade dos profissionais de saúde possuirem um pensar-fazer que extrapole um trabalho técnico hierarquizado, com interação social entre os profissionais com maior horizontalidade, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. É nesta perspectiva que o programa da RIMS constitui-se como foco a formação de profissionais que superem a visão paradigmática centrada apenas nos objetos de intervenção de cada profissão e busca desta forma a implementação da integralidade e atuação de forma interdisciplinar no campo do pensar-fazer comum a todas as áreas profissionais desenvolvendo o cruzamento dos diferentes saberes e práticas. A partir dos depoimentos, percebe-se que a EPS neste programa vai além de uma proposta de atuação multiprofissional,

---

2 Segundo Ceccim, "entredisciplinaridade" seria uma palavra que ele mesmo inventou para designar a atuação das profissões. Este autor coloca que mais do que atuar em equipe multidisciplinar e de maneira interdisciplinar, estas devem se colocar sempre no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões e não se colocando sempre em um lugar privativo, onde não permita a invasão.

mas se propõe como um encontro em que todas as profissões devem atuar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar. Entretanto, além de atuar de uma maneira inter ou transdisciplinar, as profissões devem se colocar, sempre, no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões, e não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada (CECCIM, 2010).

> *No cotidiano da assistência na residência ela te proporciona isso, trocar muito com os outros profissionais. E o que a gente refletia muito era na prática com a equipe interdisciplinar, no trabalho em equipe. Para mim é a maior riqueza da Residência: essa troca com outros profissionais, porque as vezes tu tem uma conduta, enfim, conhecimento e na discussão com os outros profissionais tu amplia, tu revê conceitos, práticas. (residente) E1*
>
> *Eu acho que a educação permanente em saúde é um espaço de troca. Hoje, em dia a gente escuta, fala tanto da interdisciplinaridade! E, hoje, eu não vejo um profissional mais trabalhando sozinho. Eu vejo como uma troca entre os vários profissionais. (residente) E6*
>
> *Tem que estar sempre puxando, tem que estar sempre buscando, trazendo para os profissionais, para os residentes essa importância de trabalhar a interdisciplinaridade! Trabalhar a multidisciplinaridade, trabalhar o multiprofissional com reuniões multiprofissionais, com reuniões de equipes. (preceptor) E14*

Os depoimentos, acima, apontam a equalização dos termos Interdisciplinaridade e Multidisciplinaridade os quais evidenciam uma maior preocupação em resignificar as práticas cuidadoras entre os profissionais onde acontecem trocas de saberes. Os profissionais integrantes da RMIS sinalizam que a maior preocupação seria com a possibilidade de invadir o núcleo de atuação de cada profissional, mas sim de buscar um compartilhamento das ações em saúde entre eles. Com isto, estes profissionais se colocam no lugar de fronteiras com as outras profissões e oportunizam que seus lugares sejam invadidos com responsabilidade para que a troca de saberes seja consolidada (CECCIM, 2010).

Ainda, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade correspondem a termos representados pelo novo paradigma da Saúde Coletiva, os quais vêm coexistindo há ao menos três décadas no campo, redefinindo saberes disciplinares e suas lógicas de aplicação política ou de intervenção médico-social na ordem da vida coletiva (LUZ, 2009). Assim, a multidisciplinaridade é resultante da soma de “olhares” e métodos ancorados pelos profissionais das diferentes disciplinas ou práticas (normativas, discursivas) e a interdisciplinaridade apresenta-se como resultado de intercessão de alguns aspectos conceituais ou metodológicos

gerando uma nova disciplina, característica de geração moderna de diferentes campos de conhecimento (LUZ, 2009).

A EPS contempla a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade por proporcionar os espaços interprofissionais por meio da interação entre profissionais de diferentes áreas (SILVA; PEDUZI, 2011). As atividades, a ação que cada residente planeja para atuar no cotidiano de fazer saúde é pensada e construída sob o olhar de cada profissional, configurando um espaço onde os todos os atores trabalham com o encontro de seus saberes compartilhados em prol de uma necessidade central a todos que é a necessidade do usuário:

> *A multidisciplinaridade está ai, não é mais possível trabalhar sozinho e acho que esta formação aqui esta conseguindo implantar isso. (preceptor) E8*
>
> *É um processo de formação contínuo e que inicialmente se dá na formação do sujeito. Este indivíduo tem que ter toda noção de inter profissionalidade, todo um exercício nesse processo de formação de interdisciplinaridade para que ele possa compreender os novos cenários e as novas demandas que vão surgindo a partir das nossas vicissitudes humanas. (preceptor E16)*

Os depoimentos acima dos preceptores salientam a multiprofissionalidade como estratégia importante na formação de profissionais atuantes na consolidação dos princípios do SUS. A questão da formação aparece fortemente no projeto pedagógico da RMIS referente ao residente. Este terá que desenvolver competências para atuar de forma interdisciplinar no campo do pensar-fazer comum a todas as áreas profissionais atuando na perspectiva “tríplice aliança” interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Cabe a partir disso, pensar que para que os residentes internalizem esta proposta de atuação no pensar/fazer saúde no SUS é necessário que recebam uma formação condizente com estes princípios e que os preceptores, tutores também sejam engajados com esta proposta para que se viabilize na formação dos residentes. Posso dizer que o agir multiprofissional foi percebido quando os residentes realizavam o planejamento de suas ações. Cada profissional atuava pautado no seu núcleo, mas realizando diálogos pertinentes com a fronteira de atuação do outro profissional. Este momento, denominado por Ceccim (2010) como “entredisciplinaridade” talvez seja um dos pontos mais marcantes observados no programa de RMIS em questão. A EPS consolida-se diante de atuações multiprofissional e possibilita a criação de estratégias inovadoras imprescindíveis para as mudanças necessárias á consolidação do SUS.

Sob esta ótica, é preciso pensar que a formação da maioria dos profissionais atuantes nos serviços do SUS ocorreu no modelo centrado na doença, fragmentado e biomédico, o que

dificulta o exercício da multidisciplinaridade e da estratégia proposta pela PNES. A formação em saúde tem um papel importante na construção da EPS, assim como do SUS, pois essa formação tem determinado impacto na construção da maneira de pensar e de agir dos profissionais em saúde, potencializando a reflexão nos processos de trabalho em saúde e conseqüentemente, no cotidiano da construção do SUS (SARRETA, 2009).

Para reforçar esta evidência, observo que um dos desafios das práticas cuidadoras esteja na questão de que ou constituímos equipes multiprofissionais orientadas pela maior resolutividade dos problemas de saúde da maioria da população, ou colocamos em risco a qualidade do nosso trabalho, "porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde" (CECCIM, 2005b, p.163).

4.2.1.3 Educação Permanente em Saúde como articulação entre as esferas de gestão e atenção

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e, assim por diante, onde cada um destes fragmentos é dividido em tantas áreas técnicas quanto sejam os campos de saber especializado (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). A EPS integra todos os segmentos de formação, atenção, gestão e do controle social de forma a partir desta integração pensar na produção de saúde.

Assim, os depoimentos dos profissionais da RMIS sinalizam a compreensão da EPS como uma forma de articulação entre as esferas de gestão e atenção:

> *A residência está unindo bastante à atenção básica com o hospital e a gente está tentando criar este vínculo e tudo isso através de grupos de estudo de educação, de cursos então tudo isso é a educação permanente. (residente E4)*
>
> *É um trabalho articulado com os sistemas de saúde entre as várias esferas de gestão e instituições formadoras e está procurando transformar na prática. (residente E7)*
>
> *A questão que eu vejo ainda mais demorada e um pouco difícil é de a gente conseguir concretizar a ponte porque nosso objetivo não é dá alta para paciente, é transferir ele para a unidade e isso a gente está tentando colocar como objetivo mais forte! Essa é uma forma de a gente poder melhorar isso e vem agora com a residência que tem a rede com as práticas lá e que a gente tinha que sentar mais junto e a gente encontra muita dificuldade nisso porque às vezes a própria rede básica*

> *tem falta de estrutura tanto de profissionais quanto de estrutura mesmo para conduzir algumas propostas. (preceptor) E8*

A proposta da EPS assinala ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria o cuidado articulado entre em suas várias esferas de gestão e atenção (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nos seminários dos residentes, percebi a preocupação dos profissionais para que suas ações fossem pautadas na articulação da esfera da atenção com a gestão, pois se espera do residente a competência de agir como articulador participativo dos processos de mudanças de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

A ideia de EPS percebida pelos profissionais da residência acontece no encontro da gestão e a atenção com os que integram a RMS. Através destes encontros, os profissionais de saúde do serviço, assim como os usuários tem a possibilidade de se reunir e conversar sobre o que estão fazendo, ou seja, colocar em análise o que está sendo realizado em conjunto, e assim estabelecer diretrizes para a prática coletiva (CECCIM, 2010). Nesse sentido, é importante salientar a ideia de autogestão, incorporada a política de EPS, sendo que havendo o reconhecimento de que os lugares de produção de saúde são também lugares em autogestão onde nós podemos nos colocar na condição de atores no cotidiano do serviço que estamos inseridos e não só assistir como expectadores da cogestão. Se pensados desta forma, os profissionais integrantes da RMIS seriam disparadores de ações de EPS em toda a rede de ensino e serviço incorporada ao SUS. Atuando sob este princípio, os residentes quando finalizariam sua atuação na RMIS deixariam os profissionais, estudantes e usuários dos serviços mobilizados porque as pessoas passam, mas se as práticas forem sensibilizadas, terão melhores chances de atuar em prol da transformação da realidade onde estão inseridas.

Sob esta ótica, os residentes seriam considerados como “atores ativos das cenas da formação e trabalho” onde se deixaram ser produzidos pelas diferenças que os afetaram, que os modificaram, “produzindo abalos em nosso ser sujeitos, e colocando-os em permanente produção. Nesta perspectiva, seriam disparadores da EPS e desencadeadores de “um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras” (MALTA; MERHY, 2003, p.64).

Finalizo esta subcategoria enfatizando que todos estes processos que envolveram a EPS na RMS enfatizam a seguinte questão: precisa-se de autoria no cotidiano dos serviços das práticas cuidadoras de todos profissionais de saúde (CECCIM, 2010).

4.2.1.4 Educação Permanente em Saúde como dispositivo de integração teoria e prática

O processo de formulação de propostas de reorientação da formação em saúde apresentou alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS. Cada uma destas alternativas reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas propostas pela Saúde Coletiva, pela OMS/OPS e em linhas de pensamento reformista. A atuação de partidos políticos, movimentos sociais também contribuíram para a construção de novos e distintos modelos de atenção a saúde.

Diante deste contexto, percebe-se que a formação em saúde ainda é "um dos grandes nós críticos" das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, "que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos" (MERHY, 1997, p. 71-72). A EPS aposta na formação dos profissionais como parte de um projeto de transformação, com mudanças na forma de compreender a educação e a construção de saberes (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). Sendo assim, a EPS defende a urgente mudança da lógica ainda presente nas instituições formadoras, com intuito de promover uma rede de saberes entre os vários campos de conhecimento e suprimir a dicotomia entre teoria e prática. Os profissionais da RMIS salientam a integração teoria e prática como desencadeadora da EPS sendo uma evidência positiva na formação que estes recebem:

> *A formação a gente já tem a academia aqui. (residente)E8*

> *Eu percebo que além de ter a teoria e a prática junta! Acho que a educação permanente ela vai muito voltada para a educação no serviço, de tu estar sempre aprendendo no serviço e acho que a residência ela permite isso de tu além de ter uma teoria tu ter a prática e sempre buscando conhecer mais, aprender mais não sempre ficar naquele aprendizado. (residente) E9*

A EPS percebida pelos profissionais da RMIS permite que estes reflitam acerca de suas experiências vividas nos serviços de saúde, estabelecendo nexos da teoria com a realidade vivenciada, possibilitando que suas ações possam ser transformadas e realizadas a partir do processo prática-reflexão-práxis (FRANCO, CHAGAS, FRANCO, 2012).

Com relação à importância da integração teoria e pratica também pude observar que os seminários de núcleo e campo constituíram-se espaços fundamentais para a discussão das práticas vivenciadas na realidade dos serviços de saúde e o que teoria trazia sobre o tema.

Neste sentido, os preceptores tornam-se importantes disparadores da relação teoria e prática nos seminários e nos serviços de saúde, conforme salientado no Projeto Pedagógico do

referido programa, os preceptores e residentes precisam discutir a realidade, buscando uma consciência crítica, individual e coletiva. O depoimento corrobora com a evidência observada:

> *Acredito que o maior espaço de formação tanto teórica quanto prática seja num campo prático, que essa aproximação com a teoria que a gente vive na prática acontece nos seminários de núcleo principalmente, e em discussões de caso que são promovidas pelos próprios residentes e pelos preceptores. (residente) E10*

A formação em saúde engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (CECCIM, FEUERWERKER; 2004). Sob este ponto, há um descompasso na formação em relação ao mundo acadêmico com a prática real do cotidiano dos serviços de saúde. Isto é apontado como um dos responsáveis pela crise no setor saúde (BRASIL, 2005). O descompasso entre academia e a rede de serviços se constitui em um dos problemas mais graves para a efetivação do SUS. Por isso, atenta-se para a formação de profissionais em saúde para o SUS como um dos eixos estratégicos para a construção do sistema (CECCIM et al, 2008).

Uma das questões formalizadas em relação à necessidade da inclusão de outras dimensões de aprendizagem na formação dos trabalhadores foi a publicação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação da área da saúde instituída pelo Ministério da Educação. Os projetos pedagógicos dos cursos deveriam incluir ao perfil dos profissionais da saúde, além da competência técnica, condizente a cada núcleo profissional, a criticidade e a reflexividade frente às práticas cuidadoras. Mas, como as instituições de ensino buscam contemplar estas características na formação destes profissionais?

Sabe-se, no entanto, que, além dos referenciais dos processos educativos, os profissionais de saúde são potências de autopoder, de autogestão na micropolítica do trabalho vivo em ato e podem (ou não) intervir na construção e efetivação do sistema (MERHY, 2002a). A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (FRANCO, 2007) e como potência instituinte das ações em saúde que revela um mundo não estruturado e de alta capacidade inventiva (MERHY, 2002b).

Assim, tendo em vista os graus significativos de liberdade no agir cotidiano, os profissionais fazem opções ético-tecnológicas e políticas incessantemente. Estas podem ser tanto conservadoras, numa militância de negação do SUS, como em prol de um projeto diferenciado de saúde e em defesa da vida (MERHY, 2002a). Além disso, a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde também necessita envolver aspectos pessoais, valores, idéias que cada um tem acerca do SUS (BRASIL, 2005).

Para problematizar as ações em saúde no serviço e os modos de ensinar e aprender, em 2005, o Ministério da Saúde propôs a Política de Educação Permanente como importante instrumento para a consolidação do SUS no serviço em saúde e na educação para pensar a produção de mundo (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Esta política surgiu como possibilidade de transformar as práticas profissionais e a organização do serviço em saúde, assim como estruturar-se a partir da problematização e da sua capacidade de acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, FEUERWERKER; 2004).

É possível observar que os princípios da EPS estão presentes em todo processo formativo dos residentes, tanto no PPC quanto nos depoimentos dos profissionais da RMS e nas observações realizadas. Porém, poucos residentes sinalizaram a discussão da política no espaço da sala de aula ou de disciplinas que abordavam de forma indireta a educação permanente em saúde:

> *Algumas disciplinas também promoviam essa reflexão, esse aprendizado da prática com a teoria. (residente) E1*

> *Sim, em algumas aulas a gente já discutiu sobre a EPS. Até na aula da Professora X também a gente discutiu, e fez alguns debates trazendo a prática para dentro da teoria enfim. Tentando articula as duas, em algumas aulas sim. (residente) E12*

Em contraponto, diante da análise documental do PPC do programa sinalizou que as disciplinas ofertadas trazem em suas súmulas e objetivos todo um referencial condizente com a política da EPS e com o SUS. Questiono: se cabe ao residente uma atuação crítica reflexiva a qual é subsidiada por uma formação que promove esta competência, é importante ressaltar que esse já possui as ferramentas necessárias para a busca da EPS. Esta é realizada como um processo político que coloca em ato uma prática de encontro entre profissionais por meio da produção de conhecimentos em saúde das suas ações, pensamentos e desejos de protagonismo pelo SUS (CECCIM, 2004).

Assim, os depoimentos dos profissionais da RMS mostram pontos chaves que balizam a PNEPS como: reflexão de práticas reais, transformação dos serviços em saúde baseados na necessidade da população, multidisciplinaridade, articulação das esferas de atenção e gestão, integração da teoria com a prática. Esta percepção nos faz observar a RMIS, como um espaço que possibilita uma formação que aproxima o profissional em saúde da realidade social e da sua atuação no SUS. Contudo, apesar de haver uma proposta pedagógica explícita sobre o assunto, o cotidiano de formação revela alguns entraves que necessitam de maiores discussões e

aprofundamento os quais ainda dificultam a viabilização da EPS no espaço da residência multiprofissional.

4.2.2. A RMIS como espaço intersseçor para o desenvolvimento da EPS

Esta categoria sinaliza a RMIS como um espaço que possibilita o desenvolvimento de atividades de EPS. A proposta do programa converge com os princípios da EPS, pois as atividades são desenvolvidas por meio dos encontros dos residentes nos espaços: dos seminários de núcleo e campo com os preceptores, da sua atuação com os profissionais de serviço e das suas atividades desenvolvidas juntamente aos usuários.

4.2.2.1 RMIS como instituidora de espaços coletivos de EPS

A EPS foi adotada como um dos pilares para a construção de práticas de saúde inovadoras no sistema democrático capazes de promover assistência integral e de qualidade para saúde dos cidadãos (BRASIL, 2004). Buscando atender estes objetivos, a EPS ganha configuração de uma tessitura de nós, onde pontos desiguais tenham a ver um com o outro e sejam ligados em ação. Para isto, não satisfaz somente trabalhar cursos, mas se necessita ofertar encontros entre as pessoas com abertura para o diálogo, compartilhamento de textos e de conceitos (CECCIM, 2010). São a partir destes encontros, que a EPS "gera disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos e experimentação em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção" (CECCIM, 2005b, p.162).

A partir desta compreensão de EPS, sinalizo a Residência Multiprofissional em Saúde como uma "possibilidade de espaço de transformação para profissionais da saúde articulado como dispositivo da educação permanente" (RAMOS et al., 2006, p.378). Esta questão pode ser evidenciada nos depoimentos abaixo:

> *Porque na verdade a gente vive a residência permeada pela educação permanente, com os princípios do SUS, é o nosso dia a dia! Então, eu não consigo pensar muito exatamente numa ação porque para nós é o que a gente vive ali! (residente)E4*
>
> *A residência em si já uma proposta de educação permanente. (preceptor) E11*
>
> *Acredito que muito do que a Residência propõe vem ao encontro do que a EPS propõe também. (preceptor) E13*

Os depoimentos convergem no sentido de ser um *espaço intersseçor* da RMIS, pois oportuniza um ambiente de relações que se produz no encontro dos sujeitos, em que o produto que existe é mais do que a somatória dos dois e se traduz no trabalho vivo de uma única realidade sempre em constante movimento e desencadeando novas possibilidades do sentir e do agir em saúde (MERHY, 2002a, p.14). A RMS em si se apropria deste espaço intercessor porque designa a formação de profissionais como atores de produção de saúde, onde estes não possuem apenas a preocupação com o somatório das ações, mas com o que existe entre elas, como o resultado de um processo singular, que proporciona a procura por novos processos de mudança (MERHY, 2002b).

A busca pelos processos de mudanças é provocada por vontades e desejos, e nos coloca diante da liberdade e da possibilidade de estarmos perante nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações (MERHY, 2005, p.198). Desejar, nesse caso, é o despertar de um modo de pensar-sentir-querer, não mais dos recursos humanos da saúde, mas de um ser/estar como coletivos organizados de produção de saúde (CECCIM, 2007, p.201). É neste sentido, que se busca a formação de novos atores de produção de saúde através do dispositivo da EPS.

Observa-se que a maioria dos entrevistados, quando liam os fragmentos da PNEPS salientavam que esta convergia com a proposta pedagógica da RMIS assim como o projeto pedagógico foi fortemente sinalizado por conceitos que se traduziam em consonância com a PNEPS. Porém, pelas observações realizadas, sublinho que esta política ainda tem entraves na sua disseminação. Não se pretende nesta pesquisa, discutir porque os profissionais integrantes da RMIS mesmo em conformidade com a política do SUS ainda não internalizaram as suas diretrizes e princípios, mas sim trazer a questão de que esta pode ser uma das razões do descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde (MERHY; FEUERWERKE; CECCIM, 2006).

A RMIS, em seus princípios norteadores, propicia condições aos seus integrantes para eleger a EPS como eixo pedagógico estruturante e ser considerada como um espaço para o desenvolvimento de suas ações. Assim, a EPS é considerada como dispositivo potencial para promover mudança dos modelos de gestão e atenção do sistema (BRASIL, 2006). Os depoimentos sinalizam esta compreensão:

> *Eu acho que a EPS trabalha na questão da transformação dos processos, no sentido de organizar os serviços de acordo com o que a residência se propõe. Os enunciados se assemelham muito ao que se propõe para nossa prática, nosso trabalho enquanto residentes multiprofissionais. (residente) E5*

> *Eu acho que assim, depois de ler os fragmentos, percebo que a gente está no caminho certo. É praticamente isso que a gente está desenvolvendo. (residente) E7*

> *A proposta pedagógica converge com o que a Residência propõe, em questão da política, a proposta pedagógica da Residência Multiprofissional. Ela reconfigura novas possibilidades, porque ela sai mais desta visão estruturalista. (preceptor) E16*

A proposta pedagógica da RMIS, acima mencionada converge com a estratégia da EPS. É evidenciada como sustentadora de propostas pedagógicas metodológicas que permeiam o processo formativo profissional e as mudanças das práticas dos serviços de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009). Além das evidências dos depoimentos, mesmo que de forma indireta com o projeto pedagógico do programa, as observações realizadas convergem para que EPS aconteça para além de uma ação, mas no cotidiano da produção de saúde por todos aqueles que integram a RMIS. Porém, é importante sinalizar que a percepção dos profissionais de que RMS constitui-se como um espaço para o desenvolvimento da EPS foi percebido logo após a leitura do fragmento que trazia breves citações acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Evidencia-se que esta política é nova no contexto das políticas de saúde e que há muito que se discutir para viabilizá-la de forma efetiva em todas as áreas de formação da saúde. Ainda, tem como desafio maior construir processos vivos de gestão e seduzir docentes, estudantes e pesquisadores a implementação do SUS (CECCIM, 2005a).

Nos processos formativos, também se vivencia desafios como a consolidação do SUS, que apesar de ser sistema de saúde vigente, apresenta princípios, diretrizes, conceitos e práticas que são contra-hegemônico na sociedade (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006) o que suscita a necessidade da internalização e implicação com estes princípios. Dito de outra forma, o SUS é um sistema público que vem sendo construído a partir de serviços e práticas de saúde já existentes, mas que seguem operando em outra lógica, a qual é alimentada por interesses econômicos vigentes (FEUERWERKER, 2005). Os desafios da consolidação do SUS perpassam pela formação de profissionais em universidades onde diversas vezes a discussão sobre o SUS acontece. Entretanto, o que se percebe é que pode haver um descompasso entre aquilo que é dito pelos docentes com a compreensão dos estudantes sob princípios e diretrizes do SUS. Isto pode ser evidenciado nos depoimentos dos residentes:

> *A minha formação acadêmica é para se formar e cair no mercado de trabalho, não tem nada disso. Agora a residência sim. (residente)E4*

> *E na faculdade, nem pensar. Pelo menos na minha área eu nunca tive. Fui ouvir falar deste conceito aqui na universidade. Eu nunca tinha ouvido falar na educação permanente antes. (preceptor)E11*

Este desafio que o SUS encontra na formação de profissionais da saúde perpassa pelos obstáculos que a EPS depara na sua disseminação. A formação que esta política defende tem comprometimento com a geração de atores afetados e não com profissionais com monopólio de saber e conhecimento técnico (CECCIM, 2005a). Desta forma, isto não significa rejeição a ciência ou a técnica, mas que se precisa reconhecer as ambivalências e as formas cegas e dominadoras que estas engendram (MORIN, 2002 b, p.67).

É importante salientar que a RMIS se tornou um dispositivo para provocar mudanças na formação dos residentes, pois mesmo sinalizando sobre as dificuldades que estes vivenciaram na sua formação acadêmica, quando ingressaram no referido programa tiveram a oportunidade de trabalhar como atores engajados em um conceito de saúde ampliado e não apenas em aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença. Os integrantes da RMIS têm como princípios o trabalho para a consolidação ao SUS e, para isso tem o suporte de uma formação condizente a esses, bem como dos serviços de saúde dos quais estão inseridos. Consoante a isto, o projeto pedagógico delineia uma atuação dos residentes na perspectiva da formação de profissionais implicados em oferecer atenção integral á saúde de todas as pessoas, de forma resolutiva, acolhedora, capaz de favorecer a autodeterminação dos usuários (CECCIM, 2005a):

> *A educação permanente é realmente uma proposta e é estratégica para transformar processos formativos. E acho que isso tá acontecendo muito aqui. É lento, o processo é lento. (preceptor) E8*

> *Acho que a residência daqui o que deu para perceber que é EPS pura! Eu acho que tu está estudando políticas públicas, tu esta estudando as novas pedagogias, vamos dizer assim, de trabalho! A residência é muito focada em cima da EPS, da lógica da EPS! Traz o residente para essa nova realidade, para essa nova concepção de EPS, de trabalho em equipe, de trabalho multiprofissional, interdisciplinar. Mas ainda falta muito, muito para se discutir ainda. (preceptor) E14*

A discussão e compreensão em torno da PNEPS encontram obstáculos para a sua disseminação, pois está pautada diretamente na consolidação do SUS. A fim de viabilizar esta consolidação, tornam-se necessárias mudanças de práticas e conceitos de saúde na perspectiva da EPS (MERHY; FEUERWERKE; CECCIM, 2006).

A formação acadêmica ainda tem reflexo de uma orientação contra-hegemônica ao paradigma que orienta o SUS. Recebe influência por estar vinculada a um paradigma dominante biologicista que insiste em dominar a formação onde a “supremacia do conhecimento

fragmentado" impede a articulação das partes com a totalidade e necessita ser substituída por um novo modo de pensar e conhecer "capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade" (MORIN, 2002a, p.14). A complexidade sugere uma educação emancipadora porque favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a transformação social (MORIN, 2005) o que vai ao encontro dos pressupostos da EPS.

O pensamento complexo permite compreender o desenvolvimento da EPS como um trabalho vivo em ato, pois visualiza os espaços intercessores (das relações) como o espaço para o encontro dos sujeitos que se permitem duvidar, questionar, problematizar as práticas em saúde, constituindo um produto que existe para os "dois" em ato, não tendo existência sem este momento em processo (MERHY, 2002a). Compreendo que na RMIS o desenvolvimento da EPS acontece quando há um encontro dos residentes com: os usuários, a equipe de saúde, com os preceptores e entre eles. Esta noção de encontro é da ordem micropolítica, onde estes estão sempre em aberto, sob alteridades (estar com o outro) intercessoras (CECCIM, 2004; MERHY, 1997). Os encontros são pedagógicos e operam contra práticas homogenizadoras, com trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções (CECCIM, MERHY, 2009).

A partir desse encontro há uma interdependência e interação entre os atores para a produção da saúde a fim de se formar um novo sujeito coletivo. Há a criação de um espaço de "inter" relações onde os residentes podem reinventar a cada dia sua autonomia, sua produção dos atos de saúde numa relação intersubjetiva no encontro com o outro que se constrói e reconstrói com liberdade de fazer coisas que produzam sentido para estes enquanto profissionais de saúde e para os usuários e toda equipe de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Observo que a EPS desenvolvida na RMIS constitui-se como um trabalho vivo, pois está fundamentada nas relações entre os sujeitos no espaço intercessor. Neste espaço o residente tem a possibilidade de como profissional de saúde, agir na produção de saúde com liberdade e autonomia, e poderá se utilizar da EPS como caixa de ferramenta para atuar no agir cotidiano dos sujeitos (MERHY, FEUERWERKER, 2006). Deste modo, podem atuar para transformar as práticas em saúde através da educação permanente, e "sentirem-se convocados à criação, à abertura e ao coletivo, sendo afetado e produzindo afetos, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências" (CECCIM e FERLA, 2009, p.454).

4.2.2.2 Ações de EPS que permeiam a atuação na RMIS: um encontro entre sujeitos[3]

A PNEPS é definida como uma ação estratégica que visa à qualificação e transformação da atenção a saúde, da organização das ações e serviços, dos processos formativos e das práticas em saúde (BRASIL, 2004). A política pauta a EPS em ações que podem ser desenvolvidas na atenção a saúde. Porém, os integrantes da RMIS compreendem a EPS para além de uma ação estratégica desenvolvida no seu cotidiano, mas acreditam que esta se dá em uma perspectiva maior, no seu cotidiano de atuação com o outro. Desta forma, as atividades de EPS desenvolvidas pelos profissionais da RMIS foram evidenciadas nos encontros com os usuários e com os profissionais de saúde por meio de grupos de educação em saúde e de educação em serviço, respectivamente:

> *Eu acho que várias ações são desenvolvidas, mas posso citar um grupo que a gente fazia! ... A gente falava muito de educação em saúde! Isso faz a gente pensar também nas nossas práticas... a questão da saúde, da educação na saúde. (residente) E1*

> *A gente tem a proposta de começar a fazer e desenvolver ainda com os profissionais do serviço, por enquanto só com os pacientes, que seria grupos de [...] não é capacitar, digamos de aprimorar [...] então, a gente quer promover cursos para capacitar os profissionais que estão lá em contato direto com o paciente para que estes também possam realizar. (residente) E4*

> *Eu acredito que este era um grupo de educação permanente porque a gente discutia com a equipe, várias temáticas relacionadas ao nosso agir profissional, as nossas ações que fazíamos aqui dentro, discutir algumas coisas pensando em clínica ampliada, em profissional de referência. Todas essas coisas que a equipe não, não posso dizer que eles não conheciam, que não tinham muito acesso a estes temas. E a gente foi tratando, trazendo e discutindo com eles. (preceptor) E11*

Os depoimentos sinalizam para o desenvolvimento de uma EPS pelos residentes por meio de grupos de educação em saúde e educação em serviço com uma preocupação maior em responder a necessidade do usuário, de trabalhar alguns objetivos importantes que o programa da RMIS aborda, como a clínica ampliada e a equipe de referência, como também disseminar as atividades que os residentes realizam para toda equipe de saúde. Os grupos são planejados a partir das preceptorias de núcleo e campo onde todos os integrantes discutem a importância e o

---

3 Subcategoria inspirada no referencial de Ceccim (2004) e Merhy (1997).

objetivo da realização destes. Estas atividades realizadas a partir da necessidade de promover a atenção integral ao usuário são consideradas atividades de EPS, as quais se originam a partir do mundo do trabalho e fomentam que os autores se façam curiosos, agindo como fabricantes e dialogando no próprio espaço de trabalho através de um ato coletivo e implicado (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Pode-se observar que a atuação dos residentes quanto ao trabalho desenvolvido nos serviços de saúde pauta-se na micropolítica do trabalho, onde este espaço torna-se propício para se tornar um lugar de intencionalidades e implicações a fim de construir redes de conversas coletivas entre os vários profissionais que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009). As atividades de EPS são desenvolvidas no terreno do trabalho vivo, pois se configuram como tecnologias leves, tecnologias das relações. Estas atividades operam pelas incertezas do cotidiano e pela autonomia do profissional de saúde que busca outras possibilidades para estratégias que possibilitem novos valores, novas compreensões, relações e invenções (MERHY, 2002b).

É importante salientar que os depoimentos trazem a ênfase nas atividades de EPS direcionadas ao usuário propondo que a ações sejam pautadas na necessidade da população. Considera-se esta característica positiva, porém é importante salientar que há dificuldades internalizadas nos profissionais de saúde integrantes da RMIS para trabalhar com os profissionais já inseridos no serviço. Isto foi evidenciado pelas observações realizadas nas preceptorias, onde os residentes apontavam que as ações provenientes da RMIS estavam sendo desenvolvidas com menor ênfase devido a falta de articulação com os profissionais inseridos no serviço.

É necessário compreender que a EPS é uma proposta pedagógica que desenvolve o processo educativo no cotidiano de atuação dos profissionais, colocando este em análise (LIMA et al., 2010) e tornando fundamental a troca de saberes entre esses com os do serviço. A partir desta estratégia é que se possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005b). É desta forma que a ação produtiva vai ser duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo os profissionais implicados em produzir atos de saúde, mudam a realidade e produzem a si mesmo como sujeito (FRANCO, 2007). Para isso, há que se construírem relações e processos a fim de que as equipes realizem uma atuação conjunta, implicando os agentes, as instituições de saúde e as políticas as quais se inscrevem em atos de saúde (CECCIM, 2005b).

Além dos grupos de educação em saúde, educação em serviço, as preceptorias de núcleo e campo, as quais aconteciam anteriormente sob forma de seminários, foram apontadas como importantes atividades em que a EPS permeava:

> *É uma preceptoria de núcleo onde vai acontecer um ensaio de PTS. Então a gente vai começa a trabalhar isso aqui e no próximo ano os R1 já consigam de repente fazer isso na prática lá fora, lá na rede. Vamos tentar ensaiar para que depois aconteça na prática e vamos começar hoje. Então eu acho isso aqui muito interessante. (preceptor) E8*

> *Acho que também a questão de preceptoria, de estar muito ligada as estas questões de educação permanente em saúde, que envolve tanto as questões de ensino, quanto de profissionais, nós em formação. Acho que as discussões de situações, de juntar tudo isso, questão do ensino, pesquisa, da pratica, acho que é um momento também de educação permanente. Têm outros vários, estes são espaços informais que também se dá a educação permanente ... não só em espaços formais. A gente está querendo consolidar muitas discussões, muitas tentativas de educação permanente com a equipe, espaços informais. (residente)E9*

> *EPS está sempre presente nos seminários, nas preceptorias onde se discutem sobre a atuação profissional, de uma forma ou de outra está sempre presente nas ações dos residentes e dos preceptores. (preceptor) E13*

Destaca-se aqui a EPS desenvolvida para além de espaços formais. Dentre estes espaços informais, as preceptorias são evidenciadas como momento propício para o desenvolvimento da EPS, pois preceptores e residentes realizam diálogos, trocam experiências, definem como as atividades irão ser planejadas. Nas observações destas preceptorias foi possível observar algumas atividades discutidas como: oficinas, leituras de artigos científicos para debates e fundamentação teórica, discussão de projetos de extensão e de pesquisa, participação em eventos, discussão sobre a inserção da graduação no campo com integração dos residentes, participação no Pró-Saúde, realização de atividades diferenciadas para suprir necessidades dos usuários; discussão sobre Política Nacional de Humanização, Clínica Ampliada, equipe multidisciplinar, entre outros. É importante ressaltar que as atividades planejadas nas preceptorias são baseadas nas atividades de campo, em trabalho em grupo, priorizando o usuário, enfatizando a singularidade e a essência, realizando articulações da família e com a sociedade.

Sendo assim, as preceptorias constituem-se espaços intersseçores para o desenvolvimento da EPS, pois possibilita pensar no coletivo, desconstruir a rotina mecanizada e propor atividades que ampliem a visão do mundo da saúde, com produção de conhecimento com reflexão crítica, considerando as experiências vividas por todos os que participam da EPS: usuários, integrantes da RMIS e equipe de saúde dos serviços.

Nesta linha de pensamento, reafirma-se que a EPS foi considerada pelos integrantes da RMIS para além de ações executadas por tais e que esta residência constitui-se um espaço para o agir profissional pautado pela EPS. Diante disso, designamos este encontro dos profissionais como um espaço intercessor, em que há o encontro entre profissionais-usuários, profissionais-profissionais e profissionais- residentes onde se desenvolve a produção do cuidado, que, ao mesmo tempo, configura-se como cenário para a produção pedagógica permitindo a troca de saberes cognitivos e afetivos/subjetivos (MERHY, 2002a).

Estes cenários de produção do cuidado e produção pedagógica ressignificam a educação na saúde e propõe esta como uma relação além do ensino-aprendizagem, mas com o sentido de cognição e subjetivação, objetivando criar grupos e sujeitos com a capacidade de assumir para si o protagonismo, sob intencionalidade de determinar o desenvolvimento do SUS (FRANCO, 2007, p.435). Observo que este protagonismo, determinante ao processo de consolidação do SUS, é possibilitado pelos espaços formativos da RMS, onde a formação dos residentes é orientada pelos princípios da EPS.

Finalizo esta categoria, ressaltando que esta foi assim denominada por compreender a RMIS, conforme Mehry (1997, 2005) como um espaço intersseçor para o desenvolvimento da EPS. A RMIS representa um espaço de relações e interações que propicia o encontro de "sujeitos" nas suas interseções e no qual os "inter" se colocam como instituinte em busca de um processo de instituição muito próprio deste novo sujeito coletivo que se formou (MERHY, 1997, 2005).

4.2.3 EPS como dispositivo da formação de profissionais em saúde na RMIS

A ênfase da educação na sociedade atual ainda é a do mercado (SARRETA, 2009). Entretanto, percebe-se que há uma preocupação com a formação de profissionais de saúde, que seja condizente á consolidação do SUS. É nessa perspectiva que a proposta pedagógica da RMIS mostra sua implicação no processo de formação com vistas a um conceito ampliado de saúde condizente com a EPS.

4.2.3.1 EPS permeando a formação dos residentes por meio de encontros pedagógicos[3]

Na categoria anterior, os integrantes da RMIS já sinalizam que a EPS se desenvolve por meio do espaço de atuação onde acontece o encontro dos residentes com os profissionais do serviço e os da residência (seminários, das preceptorias de campo e núcleo). Da mesma forma,

quando se questiona sobre a sua formação balizada pelos princípios da EPS, estes apontam que ela ocorre nos espaços intercessores dos encontros e não só por meio de disciplinas teóricas em sala de aula:

> *Os espaços permitem isso, propiciam que a gente reflita, melhore o cotidiano das práticas. Eles permitem porque principalmente eles têm uma equipe multiprofissional orientada por um preceptor ou mais preceptores, professores! É uma troca rica entre o ensino e o serviço. (residente) E1*

> *Existem estes espaços formais, por exemplo, as preceptorias com horário marcado, mas acredito que o que mais acontece é essa aproximação natural, essa necessidade de querer discutir um caso e que a gente consiga trazer a política para aquele caso e a gente tenta refletir tanto as ações profissionais tanto quanto um ato crítico do nosso fazer, saber. Acredito que também seja nessa aproximação natural, do próprio residente ter esta iniciativa, do preceptor e também da equipe. (residente) E10*

Pelos depoimentos percebe-se que a EPS acontece na ordem do encontro e das condições de interação entre estes e não apenas por uma ordem profissional e de condições de trabalho (CECCIM, MEHRY, 2009). Novamente, observa-se que o cotidiano da atuação dos residentes no desenvolvimento da EPS ocorre pela micropolítica do trabalho vivo, pois encontramos em seu desenvolvimento a resistência às capturas, a luta pela criação, a exposição e a vivência de uma relação, em oposição ao saber hegemônico (CECCIM, MEHRY, 2009) encontrado em cada atuação do residente que busca por inovações e transformações das práticas. Isto vem ao encontro do que os residentes enfatizam no desenvolvimento da EPS. Estes pontuam que os encontros, dos quais todos têm suas implicações (profissionais do serviço, profissionais da RMIS, usuários) propiciam que sua formação seja balizada pela EPS e se traduza na construção de um espaço intersseçor, diante de encontro e de negociação entre profissional e usuário,

---

[3]Os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos, operam, ante as práticas inculcadoras/homogenizadoras, com trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções.

traduzida em ato, relacionadas aos encontros de necessidades (MERHY, 2002a, p.88). Desta forma, a produção de atividades de saúde por meio da EPS induz a disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos e criativos em ato (CECCIM, MEHRY, 2009).

A micropolítica não acontece de forma local ou individual, constitui-se como força instituinte na luta contra-hegemônica, não considerando apenas as regras do exercício da profissão ou do trabalho, nem diferenças de escala que marcam o território desta, mas

coengendramentos de si e de mundos (CECCIM, MEHRY, 2009) Assim, é importante destacar que os processos de produção das relações intercessoras se efetivam no trabalho vivo em saúde, durante a realização do encontro com o usuário, e na formação este espaço se efetiva no encontro do residente com o outro (preceptor, residente, profissional do serviço ou usuário). A formação permeada pela EPS necessita também de encontros com outro e com o aprendizado na sala de aula e campo prático para desenvolver a produção de saúde:

> *Então, o que acontece: não dá para a gente separar o aluno do aprendizado em aula ele tem que sair e fazer o aprendizado em campo. Onde é o aprendizado em campo? É onde ele se questiona o que ele tá aprendendo e, é a forma como ele vai aplicar aqueles ensinamentos que ele teve na sala de aula. E o inverso é verdadeiro também porque lá no local do trabalho, a gente tem que saber fazer. Nesse sentido, que eu vejo a educação permanente em saúde! (preceptor) E3*

> *Até nós enquanto residentes, nós temos esta questão da disciplina na formação, na parte teórica. Não diretamente enquanto disciplina curricular, mas essa formação voltada para a ideia. (residente)E7*

Os depoimentos sinalizam para a ideia de que o aprendizado na sala de aula juntamente com o preceptor não pode ser desvinculado do aprendizado do campo prático. Quanto a esta integração é importante sinalizar que os profissionais integrantes da residência possuem compreensão de que se espera que o residente tenha competência para atuar de forma interdisciplinar, no campo do pensar-fazer de todas as áreas profissionais. Nesse sentido, todas as suas ações devem ser sustentadas na base epistemológica de cada profissão e no cruzamento dos diferentes saberes e práticas.

A formação dos residentes desencadeada por espaços onde atores dialogam acerca da EPS precisa ser compreendida como um processo, e não somente como algo pontual, trabalhado sob uma determinada perspectiva, visto que através desta formação os residentes terão a capacidade de desenvolver competências (conhecimento, atitudes e habilidades) para desenvolver esse contexto dentro do sistema de saúde. Instigar os questionamentos sobre a realidade, ir ao encontro do cotidiano, torna-se de fundamental importância para estabelecer uma proximidade entre os saberes socialmente construídos e a vivência a partir do mundo do trabalho (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012).

Ainda a formação oportunizada pela RMIS, no projeto pedagógico espera-se que o residente possua a internalização de uma atitude crítico reflexiva que se traduza em um comprometimento com a viabilização de metodologias de atuação, pautada nos princípios do SUS as quais visam a resolutividade das ações em saúde em todos os níveis de atenção do sistema. No que concerne ao SUS como ordenador da formação, espera-se que esses

profissionais sejam capacitados para além de uma inserção nesta lógica, mas que a sua formação os auxilie para atuarem como articuladores participativos, na identificação dos nós críticos, na tomada de decisões, na criação de alternativas estratégicas na gestão e atenção, a fim de promover mudanças necessárias para a sua consolidação. Além disso, no projeto pedagógico são apontados as diretrizes político metodológicas da formação dos residentes. Estas direcionam o residente á construção de conhecimento, que este seja capaz de não apenas questionar seu cotidiano de atuação, mas propor alternativas de intervenção. A aprendizagem dos residentes acontece por meio da integração teoria e prática, onde estes são protagonistas do processo cabendo-lhes descoberta, autonomia, participação e a iniciativa. No entanto, visualiza-se que os entrevistados apontam significativamente que a EPS é trabalhada de forma insipiente nas disciplinas teóricas:

> *No geral da residência ela é toda voltada para o desenvolvimento do SUS então todas as disciplinas acabam trabalhando alguma coisa. Mas mais específico acho que seria em políticas públicas mesmo. (preceptor) E2*

> *Eu acho que se assemelham os conceitos com o que a gente procura fazer. O que a gente não tem, no momento, não se fala especificamente de educação permanente, não se direciona, não se trabalhou esse conceito, nem essa política especificamente, mas indiretamente a proposta se assemelha a esses conceitos aqui, ao que diz a política. (residente) E4*

> *Nós temos umas disciplinas bem voltadas para a política do SUS. Até essa parte de políticas na graduação a gente nunca teve. Não teve nada, era voltado para o núcleo mesmo. Eu tive contato quando fui estudar na residência, depois durante a residência com as cadeiras, mas a cadeira de política publica que a gente tem ela faz mais um, ela retoma, ela fala mais da história. Essa política de educação permanente eu não lembro de ter visto. (residente) E5*

A EPS se pontua em algumas disciplinas da residência, mas ainda em torno de discussão de textos, artigos, mais direcionados ao trabalho com as políticas públicas em um sentido mais amplo. A partir disso, me questiono: se espera-se dos residentes uma atuação como protagonistas da saúde e com uma atitude crítico reflexiva, caberia a estes a busca pelos suportes teóricos e o compartilhamento nos encontros onde se faz EPS? Neste paradigma que aborda a saúde num conceito mais ampliado e que busca a consolidação do SUS é imprescindível que profissionais de saúde se comportem como atores críticos e resolutivos dos processos de mudanças. A formação será insuficiente em suprir todas as demandas. Não há mais espaço para

esperar como aluno espectador do processo de saúde. Cabe ao residente sim, buscar as políticas públicas que consolidam o SUS e não esperar apenas que todas sejam trabalhadas em disciplinas teóricas.

Sendo assim, podemos pensar que os residentes tem como atuação o território das práticas em saúde. Este se consolida como uma área de múltiplas disputas e constituição política, a qual é definida a partir da ação dos diferentes atores, que vai depender de seus interesses e da sua capacidade de desencadear uma produção de sentido (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O depoimento de um preceptor expressa esta a questão de que a RMIS proporciona de várias formas para uma formação por meio da EPS e para a consolidação do SUS, mas ainda falta atitude dos residentes para desencadear este processo:

> *Quando eles vem para o campo com todo esse conhecimento teórico que eles tem, como todo esse trabalho que a residência faz desde o inicio, mostrando a importância da EPS, o que a gente faz na EPS, essa integração multidisciplinar. Por mais que eles têm as preceptorias de campo, existe esses espaços, mas dentro do setor de trabalho eu não vejo muito essa integração, esta parte de tu trabalhar a EPS. Parece que não é o setor puxar para alguma coisa, ou a preceptoria puxar para alguma coisa para ti desenvolver EPS parece que não tem muita [...] eu vejo isso nesse grupo pelo menos. Tomara que eu esteja errada, mas é esta percepção que eu tenho. (preceptor) E15*

O campo de organizações de saúde torna-se um espaço de envolvimento dos diversos atores de suas capacidades de autogoverno, discutidas diariamente com normas e regulamentos instituídos, as quais estão sob tensão pela polaridade entre autonomia e controle. São estes espaços que os residentes podem desencadear estratégias de EPS para viabilizar transformação das práticas, onde esta construção leva os trabalhadores a usar seu espaço privado para a ação do interesse público, do usuário (MERHY; FEUERWERKER, 2009)

Pelas observações dos seminários e das preceptorias de campo e núcleo pode-se evidenciar que os preceptores e professores discutiam e disponibilizavam o aporte teórico de toda atividade prática que o residente desenvolveria no seu campo de atuação. Para tais atividades, os integrantes da RMIS admitiam ser de primordial importância a fundamentação teórica a fim de discuti- lá com a equipe no sentido de introduzir na prática e, com isto visar uma mudança de paradigma. A vivência e a experiência dos preceptores e dos residentes “torna-se um imperativo da educação” que possibilita ampliar o aprender a conhecer, construindo e reconstruindo o conhecimento, possibilitando melhor compreender o sentido do fazer (MORIN, 2004, p.24).

O projeto pedagógico da RMIS assegura que cabe ao preceptor oportunizar condições de integração e trocas de vivências dos profissionais dos respectivos serviços e instigar o trabalho dos residentes através de atividades teóricas e teórico-práticas. Os entrevistados apontam que estes espaços, onde há encontro dos preceptores com os residentes são dispositivos de integração teoria e prática, retratando que as disciplinas não se aproximavam da realidade vivenciada por eles.

> *Sim, em algumas aulas a gente já discutiu sobre a EPS. Até na aula da Professora X também a gente discutiu, e fez alguns debates trazendo a prática para dentro da teoria, tentando articula as duas. Mas foram bem poucas que eu lembro. (residente)E12*

As diretrizes pedagógicas que orientam a RMIS apontam para adoção de estratégias metodológicas que transcendem as disciplinas ofertadas na sala de aula, justificando a grande maioria da carga horária destinada as atividades teóricas praticas. Os depoimentos sinalizam para um distanciamento da teoria das disciplinas com a prática vivenciada:

> *O que a gente teve enquanto teoria para embasar a prática, a gente teve algumas disciplinas, com questões transformadoras, com a questão da educação permanente, textos de educação permanente. (residente) E8*

> *Nossas aulas teóricas são muito distantes da nossa prática, do que a gente vivencia. Acredito que o maior espaço de formação tanto teórica quanto prática seja num campo prático, que essa aproximação com a teoria que a gente vive na prática acontece nas preceptorias de núcleo principalmente, e em discussões de caso que são promovidas pelos próprios residentes com os preceptores. (residente) E10*

A metodologia do referido programa da RMIS traz no seu projeto pedagógico a possibilidade de promover aos residentes ação-reflexão-ação, levando preceptores e residentes a discutir sobre a realidade de atuação a fim de proporcionar aquisição de uma consciência crítica, individual e coletiva, que ultrapasse ao paradigma biologicista. A EPS atua neste processo buscando a (re)organização dos programas de saúde, dos serviços e das práticas desenvolvidas a fim de viabilizar esta mudança de paradigma. O pressuposto básico é a desconstrução das ações dicotomizadas nas práticas individuais para avançar no processo de “aprender a aprender” ou “aprender a construir saúde”, o qual ordena o exercício do trabalho em equipe voltado ao processo educativo com valorização do conhecimento tido como “não científico” e do reconhecido como científico estruturado sob o conceito ampliado de saúde, no qual as várias disciplinas alternam papéis na construção da atenção integral à saúde (SARRETA, 2009). É desta forma, que se pode investir no conhecimento com aptidão para a problematização e ligação entre os conhecimentos das diversas áreas (MORIN, 2004, p.32). Só assim, os profissionais de

saúde terão condições produzir conhecimento que adquira sentido, pois o conhecimento de forma isolada é insuficiente para auxiliar o aluno no saber pensar, saber ser e saber agir (MORIN, 2002b).

É nesse sentido que as práticas de educação permanente em saúde saem das universidades para se integrarem às práticas dos serviços públicos de saúde (SARRETA, 2009). O processo de "aprender a construir saúde" surge a partir da formação permanente dos profissionais de saúde, na aprendizagem significativa como possibilidade para a construção de sujeitos ativos na reflexão crítica sobre os processos de trabalho no SUS (SARRETA, 2009). É a partir desta formação que se espera do residente, futuro profissional do SUS e desencadeador de mudanças, transformações, inovações a fim de consolidar este sistema e proporcionar uma atenção, gestão qualificada e integral.

4.2.3.2 Possibilidades para uma formação orientada pelos princípios da EPS na RMIS

Nesta subcategoria são enfatizadas as possibilidades e limitações para uma formação orientada pelos princípios de EPS na RMIS. Os depoimentos dos integrantes da RMIS evidenciam importantes vinculações de princípios que subsidiam a EPS como a integração da teoria com a prática, a relação ensino serviço, a troca de saberes entre profissionais e a busca pela consolidação dos princípios do SUS:

> *A gente tem muito da academia na Residência que vincula a prática com o saber!É riquíssimo o aprendizado com tantos personagens do conhecimento, praticamente uma equipe de saúde completa que a gente consegue ter trocando com os profissionais do serviço que são da prática mesmo, do cotidiano daquele serviço. (residente) E1*
>
> *Todas as atividades sempre baseadas nestes princípios do SUS, nas portarias, em tudo o que está ocorrendo de novo. Todas são planejadas e articuladas em cima disso! (preceptor) E2*
>
> *Quanto à formação, a gente já tem a academia aqui. Porque a universidade trás os acadêmicos e ai vem a professora que tem esse suporte acadêmico e eu como profissional, com a parte prática daqui do hospital. A gente coloca a residência no meio disso e enriquece para todas as partes [...] busca a discussão de casos, a gente trás muita revisão, muitos artigos atuais, e que tu começa a enriquecer a discussão com isso. (residente) E7*
>
> *Quando a gente consegue fazer estes processos de troca com outros profissionais em termos de residência multiprofissional, médicos e a equipe local de serviço em saúde é muito válido para o processo de formação da gente! (residente) E10*

Os depoimentos mostram a EPS no cotidiano das práticas, na presença marcante do preceptor, do professor que solidifica a prática com a teoria. Ainda, todo esse espaço que possibilita que a EPS se manifeste como processo pedagógico por meio da interlocução da teoria com a realidade, ou da teoria com a prática, em constante renovação (SARRETA, 2009). Além disto, o projeto pedagógico da RMIS apresenta como um dos objetivos gerais a potencialização da integração ensino-serviço, por meio de espaços de troca de saberes e experiências, que buscam aproximar a formação às necessidade de saúde da população. Sendo assim, a EPS desenvolvida pelos integrantes da RMIS, se ocupa do cotidiano do trabalho desses para sua efetivação e possibilita a construção de espaços coletivos a fim de promover a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005a). Também, as observações realizadas nos seminários de núcleo e campo auxilia a inferir que esses são considerados dispositivos para o desencadeamento da EPS, pois havia interlocução de saberes e práticas entre preceptores da prática, residentes e alguns professores. Estes podem ser considerados espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e de referenciais que orientam estas práticas (CECCIM, 2005a) tais quais são salientados como espaços produtores de EPS.

Soma-se a isto, outra evidência para a RMIS desencadear processos formativos de EPS destacado pelos depoentes foi a possibilidade desta visar a continuidade da formação destes profissionais em saúde através do serviço onde estão alocados e, também dos professores que permitem novos olhares as práticas realizadas:

> *Esta questão da continuidade da formação deles, de estar provendo informações a eles, dê esta dando espaço para essa formação em saúde. (residente) E3*
>
> *Eu acho que a instituição com a questão do ensino dentro hospital faz com que tenta não se transformar muita coisa, que tu fique no mesmo, na mesma prática. Quando diz: que tem uma aprendizagem significativa, promover e produzir sentido, eu acho que isso tem alguns, principalmente professores que nos puxam em relação a isso! Que faz a gente pensar e ter um pensamento reflexivo em relação a nossas práticas. (residente) E8*
>
> *O que eu entendo por educação permanente em saúde é o desenvolvimento de práticas de formação, de educação de saúde com os profissionais do serviço de saúde no qual a gente está inserido. (residente) E12*

Posso dizer que uma das possibilidades de destaque desta RMIS é esta ser desenvolvida via Ministério da Educação e desta forma, possuir influência marcante da universidade. A

implantação desta modalidade de Residência, através de uma universidade pública, foi corroborada pela necessidade de oportunizar a integração das instituições de ensino e serviços de saúde, fazendo com que a proposta da formação e a atenção e gestão sejam ao mesmo tempo reorientados, na perspectiva do fortalecimento do SUS.

Através de alguns depoimentos, das observações e do projeto político pedagógico se faz a inferência de que este convênio da RMIS com o Ministério da Educação é um aspecto positivo para o desenvolvimento não só da EPS, mas de todo o programa como busca pela formação de profissionais que respondam às necessidades de mudança do sistema público de saúde. Ainda assim, mesmo consolidando-se como aspecto positivo, há entraves que dificultam este percurso os quais não respondem ao objetivo desta pesquisa, porém se referem aos obstáculos da academia quanto á perpetuação do modelo hegemônico, onde esta lógica ainda se mantém presente nas instituições formadoras (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). Acredita-se que está associado a este processo, a EPS como orientadora de mudanças de práticas, as quais se traduzem em estratégia para a recomposição das práticas de formação por meios de ações intersetoriais como a educação, submetendo processos de mudanças na graduação, nas residências, na pós-graduação em vistas a que esta formação vise à necessidade dos direitos da população, da universalização e da equidade dos serviços de saúde (CECCIM, 2005a).

Nos depoimentos, E7 e E10, abaixo, é possível observar que as possibilidades da formação dos residentes ser balizada pela EPS ocorrem pela abertura para o novo, da promoção de discussões, das trocas de experiências e, principalmente por estes serem reconhecidos como possibilitadores de mudanças:

> *A gente se mostra bastante aberto, a gente trás discussões de como é que é melhor conduzir, como é que tu vai conduzir um caso! Mas e se tu fizeres assim, e se fizer dessa outra forma? E assim vai... É uma discussão! (residente) E7*
>
> *Eu percebo que a equipe também vê a gente como possibilitadores dessas mudanças. Então a proposta que a gente tem aqui é tentar modificar algumas coisas conjuntamente, junto com a equipe e nesse espaço que a gente consegue fazer essa maior aproximação com os profissionais e das praticas deles e das nossas. (residente) E10*

É importante salientar que o depoente ressalta não só como uma das competências esperadas do residentes a “abertura para o novo”, mas como se esta capacidade também fizesse parte da sua formação condizente com a EPS. Pode-se considerar que esta abertura para o novo produz fortes ligações de sentido com a sensação de incômodo: a percepção de que a maneira

vigente de fazer e pensar são insuficientes ou insatisfatórias para dar conta dos desafios do seu trabalho (MERHY, FEUERWERKER; 2009). É a partir desta sensação, que nasce a vertente da EPS, onde a necessidade de transformar as práticas vigentes é proveniente da vivência e da reflexão destas. Neste sentido, é que se situa o residente, balizado pelos princípios que norteiam a EPS e o SUS, fazendo com que este seja produtor de atos de saúde, produtor de mudanças favoráveis à população e necessárias a consolidação do SUS. Para isso, necessitamos ser afetados pela diferença, modificando e produzindo abalos em nosso "ser sujeito", colocando-nos em permanente produção (CECCIM, 2005a).

Ainda, pode-se destacar por meio dos depoimentos que a proposta da RMIS converge com a EPS:

> *Acho que a residência daqui o que deu para perceber que é EPS pura! Eu acho que tu estás estudando políticas públicas, tu esta estudando as novas pedagogias de trabalho. (residente) E4*
>
> *A proposta se assemelha muito ao define ao que é a definição de educação permanente. (residente) E5*
>
> *Eu acho que a residência, esta residência que a gente tem aqui, este modelo de residência seria um modelo ideal para desenvolver a EPS, para se trabalhar dentro dessa política pública, por que é uma política pública. (preceptor) E14*
>
> *A residência é muito focada em cima da EPS, da lógica da EPS. A RMS promove a EPS. Ela é um espaço para se desenvolver a EPS. (residente) E15*
>
> *A proposta pedagógica converge com o que a Residência propõe, em questão da política, a proposta pedagógica da Residência Multiprofissional. (preceptor) E16*

Compreende-se que a partir da triangulação dos dados da análise documental do projeto pedagógico da RMIS, das observações dos seminários de núcleo e campo, bem como dos depoimentos acima ressaltados infere-se que este espaço, denominado RMIS, propõe uma formação condizente aos princípios que balizam a EPS, pois esta se constitui como fio condutor para que a residência seja uma modalidade de formação de profissionais para o SUS. Todavia, há lacunas que permeiam este processo. Por mais que haja esta compreensão acerca da RMIS como espaço para desenvolvimento da EPS, solidificando a formação para o SUS, e os integrantes desta modalidade apresentem suas práticas voltadas para a EPS, a visualização desta política acontece de modo insipiente e inconsciente. Retomando o que havia sido ressaltado, não há uma

internalização da política em si, dos seus objetivos e todo seu papel como dispositivo para a formação no SUS.

Há no projeto pedagógico importante inferências quanto a estratégia da EPS, como a capacitação dos residentes para uma atuação norteada para uma concepção ampliada de saúde, sustentada nos princípios que norteiam o SUS e na adoção de metodologias de ensino e serviço consoantes a Educação para o desenvolvimento do SUS. Além disso, na maioria dos seminários e preceptorias observadas apresentaram como princípio orientador a mudança, a transformação das práticas vigentes em busca da melhoria da atenção ao usuário, objetivo primordial da EPS. A partir disso, questiona-se: se aos integrantes da RMIS é disponibilizado uma formação condizente a EPS, o que se necessita para que esta seja internalizada de forma consciente e trabalhada entre estes com conhecimento sobre seus objetivos, sobre sua finalidade? E como a EPS pode ser potencializada neste espaço?

Primeiramente, acredito que neste momento em que o residente participa de uma modalidade de ensino de pós-graduação, este já é capaz de buscar por respostas para muitas inquietações de forma autônoma. Há de se trabalhar na perspectiva que inovações na qualidade dos serviços, precisam incidir sobre o cotidiano de atuação dos profissionais de saúde. Aqui, os profissionais de saúde responsáveis por tais inovações são os residentes, cabe a eles a mudança na sua atuação profissional e, por isto trabalhamos nesta pesquisa sob o plano da micropolítica, onde esta ocorre na ação de cada profissional a partir do lugar em que este realiza seu trabalho (FRANCO, CHAGAS, FRANCO, 2012).

Não podemos deixar de salientar que o residente necessita do suporte do preceptor, do professor, do profissional do serviço para disseminar esta produção de saúde. Os processos de mudança desencadeados pelos residentes precisam incidir sobre a cognição, na incorporação de novos saberes, incidir na subjetividade, com significado para o usuário e em suas necessidades de saúde. A fim de operar estes processos de mudança é que se ocupa da EPS, pois ela atua como um dispositivo para o desenvolvimento das políticas agindo no plano da micropolítica e diretamente nos profissionais de saúde, onde aqui consideramos parte deles os residentes. Para isso, cabe ao residente mais autonomia e mais protagonismo, necessários para sua atuação tanto na perspectiva da EPS, quanto na atuação profissional em busca de inovações e transformações. A EPS se sustenta na atuação do profissional de saúde como sujeito do seu próprio aprendizado (FRANCO, CHAGAS, FRANCO, 2012) e este precisa ser entendido como um sujeito ativo na produção da saúde (CECCIM, 2005a).

Desse modo, aponto a RMIS como uma estratégia que potencializa a rede de serviços como cenário de ensino e aprendizagem, trazendo a análise do vivido por cada um, construindo

novos saberes com novas subjetividades e significados para o profissional no mundo do cuidado em saúde (FRANCO, 2007). Diante disso, é necessário reafirmar que a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde para o SUS determina um importante impacto na construção da maneira destes de pensar e agir, o que pode potencializar reflexões sobre a consolidação do SUS, bem como sob a disseminação da PNEPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da EPS sempre foi um desafio na minha trajetória acadêmica e profissional. Encantei-me pelos objetivos de uma política que visa consolidação dos princípios do SUS através da necessidade da população, bem como da precisão de qualificar as práticas de saúde dos profissionais com vistas á um atendimento integral.

Pensar na proposta da EPS é complexo, pois as diretrizes que orientam a sua consolidação são diretamente conectadas com o desafio de consolidar o SUS. Desafio este atrelado a dimensão política, ideológica, conceitual. Porém, a preocupação em pesquisar este

tema aconteceu por acreditar que a nossa atuação profissional na saúde é permeada pela educação e por um processo constante de qualificação significativo, viabilizando um agir permanente em busca de transformações que operem na ótica da necessidade do usuário, o qual acredito ser o fluxo vital de qualquer ação em saúde.

Este estudo me oportunizou responder a seguinte questão de pesquisa: como a educação permanente em saúde é desenvolvida pelos profissionais integrantes da RMIS no seu cotidiano de atuação? Responder a esta pergunta, não foi tarefa simples, pois a EPS carrega consigo implicações que dificultam a sua compreensão, pois se trata de uma complexa organização econômica, política e cultural que lhe proporciona diferentes sentidos. Por isto, foi necessário apreender como ela opera e como os profissionais integrantes da RMIS a identificam.

Deste modo, esta pesquisa me oportunizou perceber que a EPS desenvolvida a partir das ações dos profissionais integrantes da RMIS no seu cotidiano de atuação necessita de uma reflexão que se estenda além deste programa, mas que pontue aspectos importantes que poderão ser incorporados no ensino, no serviço e para o sistema de saúde como um todo.

Em um primeiro momento, identificou-se a percepção dos profissionais integrantes da RMIS acerca da EPS. A partir disso, evidências foram sinalizadas identificando a RMIS como um espaço que permeia a formação do residente pautadas nos conceitos da Política de Educação Permanente em Saúde e para reflexão das suas práticas articulando as esferas de atenção e gestão, bem como buscando a integração entre teoria e prática e do agir multiprofissional como produtores de ações de saúde.

A multiprofissionalidade apontada pelos integrantes da RMIS é uma forma de atuação profissional e manifestação da EPS. Destaco que ao planejar tais ações há a preocupação com o que cada núcleo profissional possa contribuir para qualificar a atenção prestada ao usuário, sem atentar para os limites que núcleo de cada profissão oferece. Por isto, destaco que o agir multiprofissional supera este conceito e invade fronteiras dos limites de atuação.

Cabe, além disso, destacar que as atividades realizadas pelos residentes são pautadas na preocupação com formação de significado para o usuário e para os outros profissionais da equipe de saúde. Este é um aspecto importante da EPS, a aprendizagem significativa, porém os residentes não a identificam como parte deste processo. Não há uma internalização dos objetivos da EPS, mas um fazer coerente com o que esta denomina. Há aqui, um desafio não só atrelado aos profissionais envolvidos na RMIS, mas a todos profissionais que fazem parte do ensino e do serviço. Há lacunas na disseminação da PNEPS como eixo condutor das práticas de profissionais de saúde que trabalham ou trabalharão para o SUS. Acredito que esta é uma lacuna que se perpetua desde a graduação, pois ainda não há a compreensão necessária sobre a importância

desta política e suas interfaces com as outras que constituem o SUS. Observo que há necessidade de ressaltá-la mais intensamente, assim como, de buscar estratégias que possam seduzir docentes, pesquisadores, profissionais, estudantes da graduação e pós-graduação na ênfase da EPS.

Além disso, esta pesquisa sinaliza para a necessidade de nos sentirmos incomodados e afetados para consolidar este sistema e, também motivados para buscarmos ferramentas que nos possibilitem conhecer o que ainda não foi explorado de forma significativa nas Instituições de Ensino Superior, pois a formação tem suas limitações no que tange ao conhecimento. Diante disto, a RMIS emerge como um espaço para o desenvolvimento da EPS, pois é constituída por profissionais que tem a possibilidade de continuar sua formação buscando sanar as lacunas que não foram preenchidas do decorrer da graduação.

Sinalizo, que não se deve somente a RMIS o papel de formação de profissionais orientados pela EPS, mas aponto esta como uma possibilidade de intensificar sua compreensão e continuidade. Em consonância a isto, este estudo assinala a RMIS como um espaço intersseçor para o desenvolvimento das ações de EPS, pois propicia o encontro dos integrantes da RMIS através dos seminários de núcleo e campo, preceptorias, aulas teóricas, atividades de campo, construindo relações e interações entre estes e a partir disso, pensar em novas possibilidades de ações em saúde. São nestas relações e interações que a EPS é discutida e incorporada ao cotidiano de atuação de cada profissional fazendo-se presente em cada planejamento de uma atividade, em um encontro de profissionais da saúde com docentes, usuários e profissionais do serviço. Estes encontros promovem relações que geram disrupturas com o instituído, sendo que a partir deles, os integrantes da RMIS tem a possibilidade de pensar outros modos de produzir saúde, através das inquietações e sensações de incômodo sentidas, incentivando a busca pelas transformações das práticas de saúde, objetivo maior da EPS.

Referente ao objetivo de como a EPS permeia a formação dos residentes destacou-se que esta vai além de uma perspectiva pontual, sendo desencadeada por espaços onde atores dialogam acerca da educação permanente a fim de que esta possa contribuir para o desenvolvimento de competências para atuação no SUS. Ainda, espera-se que estes adquiram atitudes críticas reflexivas e atuem como articuladores participativos na identificação de situações compreendidas como nós críticos na criação de alternativas estratégicas inovadoras na atenção e gestão indispensáveis para as mudanças que visam a consolidação do SUS. Os resultados evidenciam que os residentes esperam que o currículo da RMIS desenvolva disciplinas que o orientem acerca da EPS.

Nesse sentido, essa investigação ajuda a ampliar o diálogo em torno da problemática da EPS contextualizando-a no espaço da RMIS em busca das lacunas que ainda inviabilizam sua real disseminação e consolidação como política. Desta forma, se observa nos depoimentos que há percepção do conceito de EPS e atitudes refletidas em algumas ações, mas não plenamente, ainda ocorrem de modo subliminar, assistemático, com ensaios de reflexividade e formação de significado. Entre estas lacunas, pode-se salientar que a EPS abarca alguns dos mesmos obstáculos que o SUS enfrenta para sua consolidação, principalmente no que se refere a perpetuação das práticas contra-hegemônicas, ainda presentes na formação dos profissionais de saúde.

Torna-se relevante ressaltar que esse estudo, por se tratar de um Estudo de Caso, está limitado por um espaço delimitado, por um tempo e por um contexto específico em que o aprofundamento da pesquisa refere-se às características delimitadas a RMIS em que a pesquisa foi realizada, sendo apresentadas em contexto real e em profundidade.

Enfim, optou-se por este método não com o objetivo de oferecer respostas, mas suscitar outros questionamentos. No sentido da pesquisa, esta por si só, já afetou os participantes do estudo pela possibilidade de refletir sobre sua percepção da EPS e como esta opera no desenvolvimento de suas práticas, gerando incômodos, desejos e inquietações pela nova possibilidade que ali se manifestava. Afetou-me como pesquisadora, pelas situações, reflexões e proposições que surgiram deste espaço, criando novas possibilidades de pensar a EPS em outros contextos ainda não descobertos.

Acredito que uma das possibilidades da EPS é atentar para sua manifestação nas instituições de ensino, iniciando pela graduação e perpetuando na pós-graduação. Há diversas pesquisas que trazem a EPS atrelada a gestão e atenção em saúde, revelando avaliações, compreensões sobre o significado, percepções em termos da PNEPS e de suas ações. Porém, ainda enfrentamos percalços quanto a sua perpetuação na formação de profissionais de saúde. Acredito que levar esta proposta às instituições de ensino através da pesquisa, por meio de ações e estratégias que sensibilizem, constitui-se um método para sua disseminação.

Outro resultado desta pesquisa foi a compreensão dos integrantes da RMIS acerca EPS para além de uma ação estratégica como é ressaltado na PNEPS. Compreender a EPS neste sentido possibilitou apontá-la como eixo pedagógico que orienta a formação dos profissionais para o SUS. Esta evidência não se limita a um espaço de uma residência multidisciplinar, mas pode ser aplicado ás instituições formadoras na tentativa de ir despertando no estudante a visão da EPS para além de uma política que visa consolidar os princípios do SUS, mas como um dispositivo norteador do agir na produção de saúde.

Ressalto que esta pesquisa possibilitou evidenciar a EPS operando na micropolítica do trabalho vivo, percebendo que esta se manifesta por meio das relações das tecnologias leves e por isso, dependem dos atores que irão agir neste processo. O macropolítico ainda é permeado por barreiras contra hegemônicas que obscurecem as práticas de saúde do modelo do SUS e muitas vezes, nos impossibilitam de algumas atitudes, todavia a micropolítica nos possibilita um espaço de autonomia para mudanças e transformações, pois se estabelece na atuação de cada profissional.

Para finalizar, aponto algumas contribuições, sugestões e novas possibilidades de pesquisa. Primeiramente, assinalo esta pesquisa como um desencadeador de "incomodação" nos profissionais que fizeram parte desta e que já se sentiram incomodados a buscar pela EPS, pelos seus conceitos, objetivos, estratégias para aliar a sua atuação profissional com consciência e sistematização do que condiz a PNEPS. Para, além disso, é necessário estender este fator á todo programa de RMIS, incluindo todos integrantes das duas turmas, R1 e R2, a fim de realizar a apresentação dos resultados da pesquisa.

As implicações desta pesquisa para as equipes multiprofissionais acerca da EPS se relacionam á possibilidade da criação de espaços nos currículos da graduação, ou seja, nas Instituições de Ensino Superior, diminuindo a distância entre as profissionais e aumentando a possibilidade de construção e planejamento de ações em saúde conjuntamente, como propõe a EPS. Estes espaços podem ser importantes para que os estudantes vivenciem situações multiprofissionais, os quais podem ser trabalhados em uma Disciplina Complementar de Graduação multidisciplinar realizando a conexão com as políticas do SUS, especialmente a EPS.

Quanto às implicações para a Enfermagem, ressalto que esta pesquisa impulsionou novos olhares para a EPS, buscando a exploração do seu conceito com conscientização e aplicabilidade nas nossas ações cotidianas. Também, proporciona um olhar para a formação de enfermeiros implicados na construção de um modelo de saúde balizados pelos princípios do SUS. Possibilita-nos ressaltar que há uma dissonância entre a formação destes estudantes e sua repercussão como profissionais de saúde implicados com o SUS as quais vão além dos objetivos desta pesquisa. Sugiro trabalhar na teoria e na prática dos processos formativos, elencando as políticas de saúde que fazem parte do SUS, como por exemplo, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, com a PNEPS, pois ela permeia por todas constituindo-se um eixo pedagógico estruturante para a sua consolidação.

Com base nestas ideias, também coloco possibilidade da integração ensino-serviço acontecer por meio da disseminação de produção de conhecimento acerca da EPS pelos

residentes e acadêmicos que se encontram em processo de formação e tem a responsabilidade de atuarem no serviço como agentes disseminadores da EPS.

Em relação a produção de conhecimento acerca da EPS, esta pesquisa não esgotou a temática. Portanto, acredito que podem ser realizadas investigações para dar continuidade como, por exemplo, conhecer a percepção acerca da EPS na formação acadêmica ou em serviço com docentes e estudantes, analisar as ações de EPS e como estas repercutem na atuação profissional, analisar os discursos referentes à EPS e suas implicações na instituição de novas práticas de atenção, gestão e educação. Também, há a necessidade da EPS ser considerada sob outros referenciais que possibilitem uma análise mais profunda enfatizando os aspectos políticos, ideológicos e culturais que fazem parte da sua constituição.

Por fim, a opção por desenvolver este estudo deu-se pela possibilidade de produção de conhecimento com sentimento e afinidade, e desta forma defender a EPS como uma estratégia para construir espaços de relações e interações por meio dos encontros que nos possibilitem a busca por novas formas de pensar, refletir para não repercutir na produção do mesmo, mas em atitudes diferentes que tenham significado para nós e para todos que fazem parte do modo de promover e receber saúde.

Diante da complexidade do objeto estudado e das possibilidades e limitações do estudo, além do ponto final, deixo reticências e interrogações que apontam novas pesquisas e necessidade de diferentes olhares com maior aprofundamento e sob outros espaços da manifestação da EPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004. 68 p.

BRASIL. 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.

BRASIL. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde** – CNRMS - Exercício 2007/2009. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, 2009.

BRASIL, Lei número nº 335, de 27 de novembro de 2003. Altera a legislação tributária federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 e 27 nov. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2011.

_____. Ministério de Educação/Câmara de Educação Superior. DF. **Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator); Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida. Processo(s) n. 23001.000245/2001-11. Aprovadas Parecer CNE: ces 1133/2001. Homologadas: 1º/10/2001. Resolução; CES 03/2001.

_____. Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In:_____.Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafio**s. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso: 20 jun. 2011

_____. Pró-saúde: **programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2007. Disponível: <http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso: 15 jun. 2011.

BAGNATO, M. H. S.; MONTEIRO, M. I. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 247-258, 2006.

CAMPOS, F. E. Apresentação. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2011

CAMPONOGARA, S. **Um estudo de caso sobre a reflexividade ecológica de trabalhadores hospitalares**. 2008. 277 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456. nov, 2008/fev.2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic. Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 56-65, 2005b.

CECCIM, R. B. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 33, n. 1, p. 29-48, jun. 2007.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

CECCIM, R. B. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda de guerra" a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface: comunic, saúde, educ**, v. 13, n. 28, p. 233-235, jan/mar 2009.

CECCIM, R. B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental**. Caderno Saúde Mental**: os desafios da formação. Saúde Mental Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 1, n. 14, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 11 jun. 2011.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: comunic, saúde, educ**, v. 13, supl.1, p.531-42, 2009.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface: comunic, saúde, educ,** v. 13, n. 28, p. 213-37, jan./mar. 2009.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. **Relevancia de los aportes teórico-metodológicos recientes en el campo de la educación Del personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2002. 108-112p.

FEURWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998. 190p.

FEUERWERKER, L. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41-65, 2004.

FEUERWERKER, L. M et al**. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA**. Portal da Rede Unida, 2007.

FEUERWERKER, L. M. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 3, p. 13-20, 2005.

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. 211-24.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In_____.Pinto, S.; Franco, T. B.; Magalhães, M. G. et al: **Tecendo Redes**: os planos da

educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.

FRANCO, T. B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez. 2007.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In:_____.**Educación Permanente del Personal de Salud**, Washington (DC): Organización Panamericana de Salud, p. 1-30, 1994.

LIMA, J. V. C. et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010.

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

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun ciênc saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-55, 2007.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME rev. min.enferm**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan-jul, 2003.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006. 101p.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002a.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In:_____.**Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b, p. 71-112.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In:_____. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.125-142.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud uma estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2009.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. p. 76.

_____. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Tradução Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2005. 120p.

_____. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. Maria da Conceição de Almeida, Edgard de Assis Carvalho, (orgs.). São Paulo: Cortez, 2002a. 128p.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho.- 6. ed.-São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002b.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S. **O cuidado em situações de alterações da imagem facial: implicações para a formação da enfermeira**. 2010 Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. **Interface-Comunic. Saúde Educ**, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>. Acesso em 15 jun. 2011.

POLIT, D. F., BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidência para prática de Enfermagem. 7. ed, Porto Alegre: Artmed ,2011. 669p.

RAMOS, A. S. et al Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In:_____.**Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso: 20 jun. 2011.

RAMOS, M. N. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2009.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Instituto de Saúde Coletiva**. Secretaria Executiva da Rede Ida-Brasil. Universidade Federal da Bahia. 2005.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulg Saúde Deb**, v. 12, p. 39-44, 1996.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 577-61, set. 2010.

SILVA, C. T. et al. Percepções de enfermeiros sobre educação permanente em saúde em um hospital de ensino. **Cuid. Fundam. Online**, v. 3, n. 3, p. 2286-96, jul./set 2011.

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**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

STAKE, R. E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998. 159p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.** Santa Maria, RS, 2011. Folder.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público em Saúde.** Centro de Ciências da Saúde. Rede Regional integrada de hospitais, 2009. Disponível em <http://jararaca.ufsm.br/websites/residenciamulti/download/Resid.mult/ProjMS1.pdf>. Acesso em: 10 de maio 2011.

VICENT, S. P. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. Bras. de Cancelorogia**, v. 1, n. 53, p. 79-75, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/secao_especial2.pdf>. Acesso em: 11 de junho de 2011.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.136p

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212p.

APÊNDICE A- LISTA DAS REFERENCIAS DOS RESUMOS DE TESES E DISSERTAÇÕES

1. RODRIGUES, M. P. **Pesquisa-ação e práticas educativas do enfermeiro psiquiátrico:** incentivo à educação permanente em serviço. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

2. SALUM, C. N. A **Educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

3. MEDEIROS, C. V. **A enfermagem na construção de estratégias de gestão na unidade de terapia intensiva:** sob perspectiva da concretude da Educação Permanente em Saúde. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

4. WEBER, D. K. **Trabalho e educação permanente no contexto da enfermagem:** um contínuo questionamento. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de Santa Cruz, Santa Cruz, 2010.

5. FERRAZ, F. **Educação permanente/continuada no trabalho:** um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

6. NOGUEIRA, J. W. S.**O cotidiano da educação permanente da enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2006.

7. TOMBINI, L. H. T. **Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

8. BRUM, L. M. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

9. MIEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

10. FIGUEIREDO, M. A. G. **A educação permanente no processo de trabalho de enfermeiros no hospital de ensino de Juiz de Fora**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.

11. SANES, M. S. **Discursos possíveis da educação permanente na estratégia de saúde da família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

12. ARRIECHE, T. A. **A construção de um espaço para a educação permanente em saúde:** refletindo e problematizando a assistência de enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

13. PAULINO, V. C. **Processo de educação permanente no cotidiano de uma estratégia de saúde da família.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Goias, Goias, 2008.

14. ANJOS, V. L. H **Análise das ações desenvolvidas pelo pólo de educação permanente em saúde no Mato Grosso, no período de 2003 a 2007**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Mato Grosso, Mato Grosso, 2009.

15. FLORES, G. E. **Educação permanente e aprendizagem significativa no contexto hospitalar:** a perspectiva de enfermeiras educadoras. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

16. SILVA, M. E. S. **Educação permanente**: proposição de enfermeiras de uma organização hospitalar de ensino. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2011.

17. PINTO, M. C. R. L. R. **O enfermeiro como facilitador de processos de educação permanente em saúde**: fronteiras e perspectivas de atuação profissional. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

APÊNDICE B- ROTEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Projeto de pesquisa: A Residência Multiprofissional em Saúde como espaço das ações de Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Profª Drª Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Profª Drª Silviamar Camponogara

Autora: Enfª Mdª Cristiane Trivisiol da Silva

1. Evidências dos princípios de Educação Permanente em Saúde no Projeto Pedagógico do Programa de RMIS

APÊNDICE C - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

(Seminários de Campo e Núcleo)

Projeto de pesquisa: A Residência Multiprofissional em Saúde como espaço das ações de Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Profª Drª Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Profª Drª Silviamar Camponogara

Autora: Enfª Mdª Cristiane Trivisiol da Silva

-Data:

-Horário:

-Local:

-Profissionais presentes:

-Dinâmica de desenvolvimento dos Seminários de Campo e de Núcleo onde as atividades dos residentes são planejadas e onde se discute sobre o desenvolvimento destas.

-Descrição das atividades desempenhadas pelos integrantes da RMIS:

-Impressões do observador:

APÊNDICE D- ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Projeto de pesquisa: A Residência Multiprofissional em Saúde como espaço das ações de Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Profª Drª Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Profª Drª Silviamar Camponogara

Autora: Enfª Mdª Cristiane Trivisiol da Silva

Por favor, leia e reflita sobre os enunciados abaixo elencados, respondendo ao questionamento na seqüência:

"A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras" (BRASIL, 2004, p. 9).

"A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais estejam baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação com a rede de serviços" (BRASIL, 2004, p. 10).

A atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, referente a Portaria GM/SM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, "dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e considera que esta é um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar as relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre a docência e a atenção á saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional controle social em saúde".

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1 996/GM/MS**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007.

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

2.1 Como você percebe sua prática de educação permanente em saúde em seu cotidiano?

2.2 Como você percebe o desenvolvimento de suas práticas em termos de orientação dos princípios de Educação Permanente em Saúde?

2.3 De que forma a formação dos residentes é orientada pelos princípios de Educação Permanente em Saúde?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIENCIAS DASAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DEENFERMAGEM DA UFSM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisadora responsável: ***Profa Dra Marlene Gomes Terra
**Acadêmica pesquisadora: ****Enf. Mestranda Cristiane Trivisiol da Silva
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
Telefones para contato: *(55)8111-6657 **(55) 99041024
Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada **"Residência Multiprofissional de Saúde como espaço das ações de Educação Permanente em Saúde"** de autoria da Mdª Cristiane Trivisiol da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Marlene Gomes Terra, que tem por objetivos: **c**onhecer as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no cotidiano dos profissionais integrantes da residência multiprofissional em um Hospital Universitário e compreender como as ações de Educação Permanente em Saúde são desenvolvidas pelos profissionais da residência multiprofissional.

Mas antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação nesta pesquisa:

- sua participação consistirá em ser observado em relação às atividades que você realiza no cenário de estudo investigado, bem como responder às perguntas da pesquisadora durante entrevista que terá auxílio de um gravador de voz. Porém, você tem a liberdade de aceitar ou não e o fato não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista. A entrevista será realizada em uma sala reservada previamente agendada no hospital. Além disto, será realizado um grupo focal do qual você fará parte com os demais residentes que participam deste estudo. Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.
- é importante que você compreenda que assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra 'E' (E1, E2, E3, E4...), por ser a letra inicial da palavra Educação Permanente em Saúde, seguida de um número que não corresponde à seqüência de sua participação na pesquisa.
- as informações serão mantidas em arquivo confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável na sala dos professores do Departamento de Enfermagem por cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.
- comunico que a sua participação na entrevista não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre o seu cotidiano. Esta situação que poderá ser minimizada pelo atendimento

da equipe de profissionais do próprio serviço vinculados ao Hospital (psicólogos) que será previamente contatado. Contudo, poderá haver benefícios no que se refere à melhor qualidade das práticas referentes a Residência Multiprofissional de Saúde, bem como à produção do conhecimento, pois no término da pesquisa será elaborado a Dissertação de Mestrado em Enfermagem e na seqüência artigos para publicação em Revistas da área em âmbito nacional.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

.....

Assinatura da mestranda pesquisadora:_____ Santa Maria,....de .....de...2011.

RG: 3079901017

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **A Residência Multiprofissional de Saúde como Espaço das Ações de Educação Permanente em Saúde**

Pesquisadora responsável: * Enfª Profª Drª Marlene Gomes Terra

Pesquisadora Coorientadora: **Enfª Profª Drª. Silviamar Camponogara

Pesquisadora mestranda: *** Enfª Mdª Cristiane Trivisiol da Silva

Telefone para contato: *(55) 8111-66-57 E-mail: martesm@hotmail.com.br

**(55) 99779113 E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

***(55) 99041024 E-mail: cris.toia@yahoo.com.br ou Cris.toia@gmail.com

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos, cujos dados serão coletados por meio de análise documental, observação direta das atividades que os residentes desenvolvem no Hospital Universitário de Santa Maria, entrevista semi-estruturada e do grupo focal. As entrevistas e o grupo focal serão gravados em uma sala previamente reservada no Hospital. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enfª Profª Drª Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ... de .....de 2011.

Enfª Profª Drª Marlene Gomes Terra Pesquisadora Responsável COREN RS nº 26097	Profª Drª Silviamar Camponogara Co-Orientadora	Cristiane T. da Silva Mestranda

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COMO ESPAÇO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Pesquisador: Marlene Gomes Terra **Versão:** 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa **CAAE:** 01417012.4.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 7109

Data da Relatoria: 13/03/2012

Apresentação do Projeto:

Dentre os desafios vivenciados no campo da saúde pública está à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Lei Federal n0 8080 (BRASIL, 2007). A partir da implantação do SUS, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, determina que compete a este, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. A partir daí inúmeros dispositivos foram criados com este objetivo, entre eles a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Objetiva-se com esta pesquisa conhecer as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no cotidiano dos profissionais da Residência Multiprofissional no Hospital Universitário de Santa Maria e compreender como as estas ações são desenvolvidas. Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso descritivo que será realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul.com os profissionais integrantes da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS). Os dados serão coletados no período de janeiro a maio de 2012 por meio de análise documental, observação sistemática e grupo focal. Para interpretação dos dados será utilizada a Análise de Conteúdo Temática que é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Serão respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos pautados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

objetivos: conhecer as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no cotidiano dos profissionais da residência multiprofissional no Hospital Universitário de Santa Maria; e, compreender como as ações de Educação Permanente em Saúde são desenvolvidas pelos profissionais da residência multiprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proposta de projeto apresentada é de risco minimo e a pesquisadora responsavel toma todos os cuidados necessarios com os participantes. Alem disso os riscos e beneficios estão claramente descristos no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresentado tem todos os itens necessarios para o entendimento da proposta de pesquisa, bem como demonstra a competencia dos profissionais envolvidos na execução do mesmo. Todos os cuidados éticos estão claramente demonstrados pela pesquisadora. Os objetivos são claros e plenamente atingiveis com a metodologia a ser aplicada. Os aspectos metodologicos estão claramente descritos e a pesquisadora tem o cuidado de descrever todos os detalhes da implementação dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados as regras do CEP/UFSM

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

se mconsiderações

SANTA MARIA, 13 de Março de 2012

Assinado por:

Félix Alexandre Antunes Soares