

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

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO
DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
NA PERSPECTIVA DO DOCENTE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Amanda de Lemos Mello

Santa Maria, RS, Brasil

2016

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE
RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA
PERSPECTIVA DO DOCENTE**

Amanda de Lemos Mello

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Prof^a Dr^a Elisabeta Albertina Nietsche

Santa Maria, RS, Brasil

2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

de Lemos Mello, Amanda

Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente / Amanda de Lemos Mello.-2016.

123 p.; 30cm

Orientadora: Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Elisabeta Albertina Nietsche

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Desenvolvimento profissional 2. Internato e Residência 3. Internato não Médico 4. Serviços de Integração Docente-Assistencial 5. Enfermagem I. Gomes Terra, Marlene II. Albertina Nietsche, Elisabeta III. Título.

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**

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE
RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA
PERSPECTIVA DO DOCENTE**

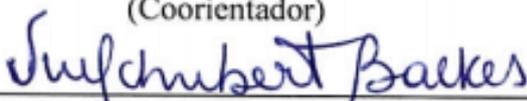
Elaborada por
Amanda de Lemos Mello

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marlene Gomes Terra, Dr^a
(Presidente/Orientador)

Elisabeta Albertina Niesteche, Dr^a
(Coorientador)


Vânia Marli Schubert Backes, Dr^a (UFSC)
(Titular)

Terezinha Heck Weiller, Dr^a (UFSM)
(Titular)

Sheila Koucorek, Dr^a (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 22 de janeiro de 2016.

Dedico este trabalho àquela que é meu exemplo de ética, de amor, de compreensão.

Essa conquista é para mim, mas é por ti, minha amada Mãe, Dulce.

Agradecimentos

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo e a construção deste sonho, fica expressa a minha gratidão e o meu carinho, *em especial*:

A **Deus**, pela vida e por todas as bênçãos.

À minha **Mãe** e meus irmãos **Carol** e **Fábio** que me incentivam diariamente e são a prova viva do amor mais puro e sublime que pode existir. Não há palavras que expliquem o meu sentimento e gratidão por vocês. Agradeço todos os dias da minha vida por tê-los!

Ao meu **Pai** por me ensinar a importância de nunca desistir dos meus sonhos e estar preparada para conquistar as minhas ambições e desejos. Obrigada por me incentivar e compreender as minhas aspirações de vida. Meu carinho a ti e a tua família!

Aos meus cunhados **Milena** e **Leonir**, pelo apoio sempre. Ao **Pedro Augusto**, meu querido sobrinho e ao **Antônio Augusto**, amor da dinda, por todos os beijos cheios de carinho e por me fazerem sorrir sempre. Amo vocês!

Ao **Leandro**, meu companheiro de vida, pela força, amor, incentivo e carinho incondicional e, principalmente, por entender pelos momentos que precisei estar ausente para a construção deste estudo. Eu te amo demais! Agradeço também a família: **Ivonete**, **Jurandir** e **Tamahine**, por todos os momentos de carinho, vocês são incríveis!

À minha amada, linda e grande **FAMÍLIA (Tia, primos, primas e agregados)**, pois como já dizia Gujo Teixeira: “*Tem coisas que teu seu valor avaliados em quilates, em cifras e fins, e outras não tem o apreço, nem pagam o preço que valem para mim*”.

As minhas queridas amigas que me acompanham há muito tempo: **Flávia Mello**, **Camila Cunha**, **Patrícia Knackfuss**, **Natália Morari**, **Pery Saraiva**, **Lara Callegari**, **Camila Melo**, **Barbara Souza**: vocês são *essenciais* na minha vida. Obrigada por compreenderem a minha ausência em alguns momentos ♡.

As colegas da graduação **Andressa Teixeira**, **Ana Paula Bicca**, **Larissa Pacheco**, **Amanda Vargas**, **Thalissa Nicolli**: a distância física jamais diminuirá a nossa amizade.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª **Marlene Gomes Terra**, a qual agradeço imensamente a atenção, o cuidado e rigor em todos os momentos dessa caminhada e, sobretudo, por transformar os nossos encontros em agradáveis conversas. Sou inteiramente grata pela orientação que ultrapassa a Dissertação, permeada por *zelo, carinho e amor*.

À minha coorientadora, Prof^ª Dr^ª **Elisabeta Albertina Niestche**, meu agradecimento e profunda admiração. Obrigada por compartilhar comigo o seu conhecimento, por sua permanente solicitude, leitura atenta e pelo *compromisso e cuidado* de contribuir para minha formação durante essa trajetória.

Ao **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM**, em especial à **Prof^ª Dr^ª Sheila Koucorek**, **Prof^ª Dr^ª Elenir Fedosse** e **Gabrielly Ribeiro**. Agradeço pelos *espaços de aprendizagem* que contribuíram para a construção desse estudo e para minha formação profissional e pessoal.

Aos **participantes desta pesquisa**, os docentes, pela disponibilidade e solicitude desde o primeiro contato. Sem vocês, nada disso teria se tornado real! O meu mais sincero obrigada!

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 8ª turma, em especial a rede de apoio **Daniela Kinalski, Jamile Bruisman, Anahlú Peserico, Eduarda Signor e Cléton Salbego**, sem vocês essa etapa não teria o mesmo sentido.

Ao Grupo de Pesquisa "Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade" (GP PEFAS) da UFSM, pelo compartilhamento de ideias e momentos de discussão essenciais para minha formação, em especial a **Cláudia Rosane Perico Lavich, Daiana Foggiano de Siqueira e Cristiane Trivisoli da Silva** pelos momentos de construção coletiva. Ao grupo de residentes da Saúde Mental **Daniela Dalla Porta, Mirela Cardinal, Bruna Paim, Diana Sarzi, Zaira Tisott, Deise Pretto e Francine Freitas** por compartilharem comigo momentos de aprendizagem. Vocês são incríveis!

Ao Laboratório de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (GP EDEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis (SC), em especial a **Profª Vânia Backes e Profª Marta Prado** e, aos colegas **Daniele Lazzari, Ana Testoni e Fernando Guerrero**, os quais não mediram esforços ao me acolherem no período da minha Mobilidade Acadêmica e por todos os momentos de diversão e discussão que tivemos. Meu eterno carinho!

Aos membros da Banca de Exame de Qualificação, **Profª Drª Nara Oliveira Girardon Perlini e Profª Drª Hedionéia Pivetta**, pelo olhar cuidadoso e atencioso para o desenvolvimento de uma pesquisa fundamentada. E, aos membros da Banca de Defesa de Dissertação, **Profª Drª Vânia, Profª Drª Terezinha Heck Weiller e Profª Drª Sheila Koucorek**, por terem aceitado participar da avaliação deste estudo, presenteando-me com uma importante colaboração na discussão da temática.

À Profª e amiga **Sônia Santos** pelo auxílio na minha trajetória acadêmica com seu conhecimento de português e pelos conselhos sempre tão carinhosos.

A **UFSM**, em especial ao **PPGENf** e aos **profissionais integrantes** do Programa (Coordenação, docentes e Secretário Girlei), pela dedicação e empenho constante para o desenvolvimento de uma formação de qualidade.

Ao **Centro Universitário Franciscano** pela minha formação enquanto Enfermeira, em especial a **Profª Drª Dirce Backes** pela possibilidade de compartilhar comigo o seu conhecimento e possibilitar-me experiências enriquecedoras desde o início do Curso de Graduação em Enfermagem. E, a **Profª Me. Rosiane Rangel** por ser uma pessoa tão incrível e sensível. Tens sempre a minha admiração, minha amiga e colega!

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela viabilização financeira com a concessão de uma Bolsa para realizar meus estudos no **PPGENf/UFSM**.

Muito Obrigada!

*“Aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente,
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de **outras tantas pessoas**
E é tão bonito quando a gente entende
Que **a gente é tanta gente** onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que **nunca está sozinho** por mais que pense estar
É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai **à vida**
Nos caminhos onde bate bem mais forte o coração...”*

Caminhos do Coração – Letra e Música Gonzaguinha

RESUMO

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

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOCENTE

AUTORA: ENF^a MD^a AMANDA DE LEMOS MELLO

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARLENE GOMES TERRA

COORIENTADORA: PROF^a DR^a ELISABETA ALBERTINA NIETSCHÉ

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 22 de janeiro de 2016.

Os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde buscam transformar as práticas dos serviços públicos de saúde brasileiro por meio da formação em serviço de profissionais que atendam os princípios do Sistema Único de Saúde. Para isso, faz-se necessário o envolvimento dos profissionais em formação com trabalhadores do serviço e docentes das instituições de ensino, com vistas a integrar o saber científico, teórico e prático. Em virtude disso, esta pesquisa objetivou analisar a concepção dos docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde acerca da integração ensino-serviço na formação dos residentes; conhecer o desenvolvimento das ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes e as estratégias utilizadas pelos docentes de um Programa de RMS para o desencadeamento destas ações; identificar as dificuldades e facilidades nas ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes da RMS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva realizada com treze docentes atuantes em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde de um município do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados, no período de março a julho de 2015, por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada. Posteriormente, os mesmos foram transcritos e analisados mediante a Análise operativa proposta por Minayo, que possibilitou evidenciar três categorias: integração ensino-serviço: movimento dialético no processo de aprendizagem; entre as tramas do desenvolvimento da integração ensino-serviço; e, integração ensino-serviço na formação dos residentes: dificuldades e facilidades. Os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados evidenciaram que os docentes concebem a integração ensino-serviço como uma estratégia para a aprendizagem significativa e, também para a práxis e a construção do conhecimento. Além disso, para o desenvolvimento dessa integração é necessário compreender o papel e a importância de cada instância envolvida e, também, dos residentes, docentes e preceptores, bem como, efetivar a relação entre os graduandos e os residentes. Conclui-se que a integração ensino-serviço proporciona condições de ensino e aprendizagem ao residente e a todos os envolvidos nessa relação, no entanto requer uma reflexão contínua do papel de cada um, a fim de estimular a corresponsabilidade no processo pedagógico de acordo com as políticas públicas de saúde.

Descritores: Desenvolvimento profissional. Internato e Residência. Internato não Médico. Serviços de Integração Docente-Assistencial. Enfermagem.

ABSTRACT

Master Dissertation
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

TEACHING-SERVICE INTEGRATION IN FORMATION OF MULTIDISCIPLINARY HEALTH RESIDENT IN THE TEACHING PERSPECTIVE

AUTHOR: ENF^a MD^a AMANDA DE LEMOS MELLO

ADVISOR: PROF^a DR^a MARLENE GOMES TERRA

CO-ADVISOR: PROF^a DR^a ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE

Date and location of the Defense: Santa Maria, January 22th, 2016

The Multidisciplinary Residences Program in health search to transform the pratics of public services of Brazilian Health through of the formation in service of professional according to the principles of the Health Unic System. For this, it's necessary the involvement of the professionals in formation with the workers in service and the teachers of educational institutions in order to integrate the scientific knowledge, theoretical and practical. Thus, this research aimed to analyze the conception of teachers of a Multidisciplinary Residence Program in health about the teaching- service integration in the formation of residents; know development and the strategies used by teachers of the Multidisciplinary Residence Program in health to propose actions of teaching-service integration in the formation of residents formation; identify difficulties and facilities in the teaching-service integration actions in the formation of residents of the Multidisciplinary Residence Program in Health. This is a qualitative, exploratory and descriptive research survey of thirteen teachers acting in the Integrated Multidisciplinary Residence Program in Public Health in a city of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The data were collected in the period from March to July 2015 through systematic observation and semi-structured interview. After this, the data were transcribed and analyzed by operational analysis proposed by Minayo, wich allows the generation of three categories: Teaching- Service Integration; dialectical movement in the learning process; between the plots of the development of teaching-service integration; and the teaching-service integration in residents formation: difficulties and facilities. The ethical aspects of research with humans beings was respected according to Resolution 466/12 of the National Health Council. The results showed that the teachers conceive the teaching-service integration as a strategy for the meaningful learning and also to practice for building knowledge. Moreover, to the development of this integration is necessary to understand the role and the importance of each instance involved and the role of the residents, teachers and tutors, as well actualize the relationship between graduate students and residents. It concludes that teaching-service integration provides conditions and learning for the resident and everyone involved ins this relationship. However, it requires continuous reflection and clear and co-responsible pacts that encourage the educational process according to the public health policies.

Descriptors: Staff Development. Internship and Residency. Internship Nonmedical.
Teaching Care Integration Services

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de busca nas bases de dados.....	21
Figura 2 – Ilustração do Ciclo de Pesquisa com base nas ideias de Minayo.....	34
Figura 3 – Organização das categorias e suas respectivas subcategorias a partir da Análise Temática proposta por Minayo.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Caracterização da Observação Sistemática: data; tipo de atividade; profissionais e acadêmicos da graduação presentes; horário de entrada e saída; horas observadas; total de horas observadas.....	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APS	Atenção Primária a Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	Comissões de Integração de Ensino-Serviço
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DEGES	Departamento de Gestão de Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
GAP	Gabinete de Projetos
GEPESSES	Grupo de Estudos e Pesquisa de Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PGI	Planos de Gestão Integrados
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PPGEnf	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PRMISPS	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓSAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Plano Terapêutico Integrado
R1	Residente do primeiro ano
R2	Residente do segundo ano
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Sistema Público de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UnaSUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNI
VER-SUS

Uma Nova Iniciativa
Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Artigos analisados na Revisão Integrativa de Literatura.....	100
Apêndice B – Roteiro da observação sistemática.....	101
Apêndice C – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	102
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	103
Apêndice E – Termo de Confidencialidade.....	105

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Autorização da Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.....	107
Anexo B – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM.....	108

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	8
1.1 Objetivos.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS INDUTORAS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A ATUAÇÃO DOCENTE: A INTERFACE COM AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE.....	18
2.3 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: REFLEXOS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	24
2.2.1 Influência da Residência Multiprofissional na formação profissional	26
2.2.2 Aspectos facilitadores na formação do residente.....	28
2.2.3 Desafios no processo formativo de residentes multiprofissionais	29
2.2.4 Contribuições da Residência Multiprofissional para os serviços de saúde	30
3 PERCURSO METODOLÓGICO	33
3.1 FASE EXPLORATÓRIA.....	34
3.1.1 Tipo de Pesquisa	34
3.1.2 Cenário da Pesquisa	35
3.1.3 Participantes da Pesquisa	38
3.1.4 Estratégias de entrada em campo	39
3.2 TRABALHO DE CAMPO	39
3.2.1 Observação Sistemática	40
3.2.2 Entrevista Semiestruturada.....	42
3.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO E DOCUMENTAL	42
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: MOVIMENTO DIALÉTICO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	47
4.1.1 A práxis para a construção do conhecimento	48
4.1.2 Estratégia para aprendizagem significativa.....	51
4.2 ENTRE AS TRAMAS DO DESENVOLVIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	55
4.2.1 Da graduação à residência em saúde: o impacto da mudança no processo educativo	56
4.2.2 Escultor e escultura, arte e artista: quem é esse residente?	60
4.2.3 Relação universidade e serviços de saúde: a ‘oxigenação’ do conhecimento por meio da Educação Permanente em Saúde.....	65
4.2.4 O papel do preceptor: movimento de (des)construção de saber agir, fazer e ensinar	69
4.2.5 A atuação docente nas Residências em saúde: um desafio promissor	72

4.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES: DIFICULDADES E FACILIDADES	75
4.3.1 Fatores dificultadores no desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes	76
4.3.2 Fatores facilitadores no desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	90

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal nº 8.080/90, desencadeia diversos movimentos no modelo de saúde vigente no país, enfatizando a importância de uma assistência integral às pessoas (BRASIL, 1990a). A partir desse marco legal, ocorre uma série de iniciativas estratégicas que possibilitam mudanças no perfil do profissional de saúde de modo a contribuir para contemplar a saúde além do processo biológico da saúde-doença. Para isso, a luta pela incorporação da responsabilidade de formação dos recursos humanos na área da saúde, instituída pela Constituição Federal, passa a receber maior legitimidade e avanços com vistas a cooperar com a renovação dos modelos de formação do profissional de saúde que a partir destes movimentos passariam a trabalhar dentro das diretrizes e concepções do novo sistema de saúde vigente no país.

Neste contexto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS referente à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a). A partir disto, intensificaram-se as ações para a reorientação da formação profissional, juntamente com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), com a criação da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil. Assim, nasce a possibilidade e o desafio de recompor as práticas de formação e atenção a partir de uma estratégia fundamental que articula gestão, atenção, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (BRASIL, 2004b).

Para alcançar a efetivação deste processo, na tentativa de transformar as práticas dos serviços públicos de saúde brasileiros e formar profissionais que atendam os princípios do SUS, MS investe em mais esforços no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico: a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Esta modalidade de formação instituída pela Lei Federal nº 11.129/2005 busca proporcionar a transformação das práticas na área da saúde de acordo com a realidade, a partir do trabalho multiprofissional e com cooperação intersetorial (BRASIL, 2005a).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) permite por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), o envolvimento dos profissionais em formação com os

trabalhadores do serviço, integrando o saber científico, teórico e prático. A inserção nas realidades práticas dos serviços públicos de saúde, proporcionado por esta modalidade, tende a fomentar a integração ensino-serviço, considerada por Albuquerque *et al.* (2008), como um trabalho coletivo, pactuado e integrado entre os profissionais em formação, docentes, trabalhadores dos serviços e gestores. Nesse sentido, o envolvimento dos atores anteriormente citados, comprometidos com a articulação entre serviço e ensino, estima ser importante para a viabilização da EPS e os princípios do SUS, bem como a reformulação das práticas educativas à profissionais, objetivo central da criação das RMS.

A integração ensino-serviço visa à qualidade da atenção à saúde, da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços, tornando-se um elemento constitutivo de uma nova maneira de pensar esses aspectos, a fim de construir espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes à produção de novos sentidos em cenários reais (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011). Pensar este conceito e a sua interface nas RMS, ressalta a metodologia de ensino-aprendizado dessa formação, sendo a uma forma de aprender em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão (trabalho educativo) (SILVA, CABALLERO, 2010). Assim, os docentes constituem parte dos cenários de práticas de saúde e os profissionais dos serviços seriam corresponsáveis pela formação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Nesse sentido, segundo a Lei que institui a Residência em Área Profissional da Saúde, os programas de RMS devem ser realizados sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b). Dessa forma, os docentes vinculados a estes programas são aqueles ligados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) dos programas de RMS. Assim, referente ao trabalho docente, o mesmo deve articular, junto ao (ou no papel de) tutor, mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção (BRASIL, 2012). Além disso, espera-se que o docente vinculado ao Programa apoie a coordenação na elaboração e execução de projetos de EPS para a equipe de preceptores vinculados aos serviços de saúde, caracterizando, dessa forma, como suporte central para as ações de integração ensino-serviço devido a sua formação didático-pedagógica.

A RMS por tratar-se de um modelo de formação em serviço, não apenas serviço, nem apenas formação, conforme é enfatizado por Oliveira e Guareschi (2010), o contato com os

responsáveis pelas supervisões dos residentes (docentes, tutores e preceptores)¹ tornam-se essenciais para a produção de sentido frente ao desenvolvimento das ações. Para isso, os autores destacam que estes encontros devem ser compreendidos a partir da troca significadora e produtiva de autonomia, a partir de um diálogo ressignificador que permita a construção de sentido por ambas as partes envolvidas.

Colaborando com estes aspectos, a partir de uma pesquisa integrativa² realizada em bases de dados, cujo objetivo foi analisar os reflexos das RMS na formação profissional e nos serviços de saúde, por meio da produção científica disponibilizada em periódicos online, pode-se perceber que a integração ensino-serviço é vista como uma ferramenta que possibilita a solidificação das atividades das práticas de saúde. Mas que, por vezes, é permeada por dificuldades na relação entre profissionais do serviço e residentes, sem espaços para a discussão na academia de formação desta complexa integração. Foi analisado também, que dos 17 artigos selecionados, nenhum obteve como participante de pesquisa os docentes destas residências (APÊNDICE A).

Consoante ao exposto justifica-se ser necessário ampliar as pesquisas sobre o desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente, visto que esse se configura como um mediador nas relações postas nessa modalidade de ensino, obtendo papel crucial na prática pedagógica. As reflexões acerca de possíveis mudanças nesta formação são de suma importância, pois implica na transformação do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos no contexto da atuação da residência (SILVA et al., 2014).

Nessa perspectiva, quando se trata das RMS, a integração ensino-serviço, serve como ferramenta articuladora entre a formação e o trabalho em saúde, proporcionando reflexões teórico-práticas (ALBUQUERQUE et al., 2008). Considerando esta necessidade de compreender o desenvolvimento da integração na formação dos residentes multiprofissionais, é que **justifica-se** estudar esta temática, pois, não é possível pensarmos em mudança na formação profissional sem discutir sobre a integração ensino-serviço, até por ser uma

¹Conforme a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, Tutor é o profissional com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Sua função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. O preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Ambos são imprescindíveis para o desenvolvimento dos programas de RMS. O docente pode realizar o papel de tutoria e/ou preceptoria em conjunto com o papel de docente já descrito nas considerações iniciais desta pesquisa.

²Foram incluídos 17 artigos publicados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e *Indice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud* (IBECS), no período de 2005 a 2014.

estratégia fundamental para a consolidação do SUS (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011). A partir desta ferramenta efetiva, haverá possibilidades para desencadear e provocar mudanças nos modos de pensar-fazer saúde e educação de forma integrada, reflexiva e crítica.

Espera-se que este estudo, possa contribuir na discussão e potencialização de fatores relacionados ao modo de viabilização e estruturação da integração ensino-serviço na RMS. Além do desencadeamento de espaços de troca de saberes, experiências e diálogos que possibilitem aproximar a formação profissional às necessidades do SUS de acordo com a realidade local, o proposto pela PNEPS, bem como, dos objetivos das RMS. E, também, pretende-se incentivar estudos que enfatizem a importância da atuação docente nestes espaços.

Faz-se importante destacar, que a temática a ser estudada está presente na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde especialmente nos eixos Educação em Saúde e dos Sistemas e Políticas de Saúde (BRASIL, 2008). Assim, a presente pesquisa vem a contribuir com a construção de conhecimentos que estão sendo produzidos na área da educação, saúde e enfermagem.

Vale ressaltar que as experiências que encaminharam para o Curso de Mestrado deram-se a partir da participação no Grupo de Estudos e Pesquisa de Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde (GEPESSES) e vivências enquanto bolsista de extensão de uma Incubadora de Aprendizagem³, durante a Graduação em Enfermagem, no Centro Universitário Franciscano. A partir desta vivência e com a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, pode-se compreender repercussões positivas desta tanto no que se refere ao repensar atitudes quanto na qualificação do cuidado, o que proporciona a humanização da atenção. Também, mostrou a importância da conquista de espaço de EPS no âmbito hospitalar de modo reflexivo por meio de uma ferramenta reflexiva e articuladora como a Educação Permanente (MELLO, 2013; MELLO, et al., 2014).

Em virtude disso, teve-se a oportunidade de realizar o estágio supervisionado do último semestre da graduação em um Hospital Público de Ensino, no setor de Apoio Gerencial, o qual tem como um dos objetivos assessorar e acompanhar o andamento de

³Incubadora de Aprendizagem: ferramenta para qualificação profissional foi um projeto de extensão desenvolvido em um Hospital de médio porte, 100% Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolvia ações de EPS aos profissionais do serviço, com vistas a qualificar o atendimento prestado aos usuários. Era operacionalizada a partir dos pressupostos da EPS à profissionais de diferentes núcleos profissionais e níveis de escolaridade, com vistas a acolhe-los no decorrer do processo de experiência (primeiros 90 dias de contratação inicial).

atividades do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). Assim, pode-se perceber que é indispensável a busca por práticas formativas inovadoras aos profissionais do serviço com vistas a almejar a melhoria da qualidade das ações, a partir da problematização da prática e da promoção do protagonismo dos seus atores.

Diante deste contexto, a partir do ingresso no Curso de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e a inserção no Grupo de Pesquisa “Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade” pode-se aprimorar os conhecimentos a partir da linha de pesquisa sobre Tendências Emancipatórias no contexto da Educação em Saúde no Ensino. Esse grupo possui como integrantes estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, mestrandos e doutorandos do PPGENf, profissionais da RMS e docentes. Neste contexto, passou-se a acompanhar as atividades de Tutoria de campo e de núcleo da orientadora no PRMISPS, na possibilidade de vivenciar experiências problematizadoras neste espaço de formação.

Além disso, ao realizar a mobilidade acadêmica na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) junto ao grupo Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN) pode-se observar que os estudos voltados à linha de formação profissional configuram-se de extrema importância para fornecer subsídios que possibilitem reflexões aos profissionais de saúde, pois tende a proporcionar um suporte para que possam planejar estratégias para realizar ações pedagógicas condizentes com os propostos pelo SUS.

Nesse sentido, esta pesquisa propõe como **objeto de estudo**: a integração ensino-serviço na formação dos residentes na perspectiva dos docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. E, como **questão de pesquisa**: como os docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvem, na formação dos residentes, a integração ensino-serviço?

1.1 OBJETIVOS

- Analisar a concepção dos docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde acerca da integração ensino-serviço na formação dos residentes;
- Conhecer o desenvolvimento das ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes e as estratégias utilizadas pelos docentes de um Programa de RMS para o desencadeamento destas ações;
- Identificar as dificuldades e facilidades nas ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes da RMS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, serão apresentadas as políticas públicas e estratégias indutoras de mudanças na formação do profissional de saúde do Sistema Único de Saúde; a Integração ensino-serviço nas Residências Multiprofissionais em Saúde e a sua interface com a atuação docente; e, as Residências Multiprofissionais em Saúde com base no que está sendo produzido na literatura.

2.1 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS INDUTORAS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os movimentos para viabilização de um sistema condizente com os anseios dos militantes da década de 70, meados da Reforma Sanitária brasileira, permitiram reflexões acerca do enfoque do modo de fazer saúde da época: as ações curativas como foco central⁴, ao invés de dar lugar e vez às ações de caráter de promoção da saúde e de prevenção da doença. Nesse sentido, ao pensar nas mudanças relacionadas à saúde, seria necessário redimensionar a formação dos trabalhadores da área, pois a educação encontrava-se com os mesmos sentidos de cuidado da época: racional, biologicista e positivista (SANTIN, 2013).

Campos (1997) ao falar sobre a reforma da prática profissional em saúde julga que para a efetivação da Reforma Sanitária seria necessário que os profissionais incorporem à sua prática clínica, conhecimentos que ultrapassem o conhecimento técnico e mensurável e que abarquem a dimensão social e subjetiva, colocada na relação saúde-doença e profissional-paciente. Vale ressaltar que em meados de 1965 e 1975, conforme Haddad et al. (2009), a formação profissional sobre uma importante inflexão: o *boom* do ensino superior verificado entre 1965 e 1975.

Tanto no Brasil quanto nos outros países da América Latina, houve uma importante expansão no ensino em todas as universidades, a reforma universitária vista nesse período, resultou em criação indiscriminada de cursos superiores para captar mão-de-obra, sem dar lugar à importância da qualidade pedagógica (ARANHA, 2006). Na formação voltada à saúde, essa efervescente impulsão dos cursos superiores deu-se pelas discussões que

⁴Herança do “Relatório Flexner”, publicado em 1910, pelo americano Abraham Flexner. Este relatório influenciou o ensino na área da saúde em todo o século XX, centrando as noções de saúde em torno das práticas medicalizadoras e no cuidado intra-hospitalar (CARVALHO, CECCIM; 1998).

revisavam, reestruturavam e reestabeleciam os números de profissionais da saúde e marcos populacional devido a Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978). Essa Conferência recomendava aos governantes a utilização da estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS) como forma de alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Em outras palavras, isso se tornou um estímulo para a formação em larga escala na saúde e qualificação de pessoal de nível médio e elementar (HADDAD et al., 2009).

À medida que a formação no ensino superior foi se expandindo, diversas implicações no cuidado à população vieram à tona, havendo um desequilíbrio no modo de fazer saúde, vinculado ao sentido assistencial e curativista da atenção. Esses sentidos, somados com a verticalização das ações de saúde, indo de encontro à necessidade da população, estavam refletindo em um cenário de intensas crises, indicando a urgência da articulação entre os profissionais da saúde, a organização de um sistema de saúde brasileiro e, a formação nas universidades (HADDAD et al., 2009).

Nesse sentido, a década de 70 culminou nos movimentos da Reforma Sanitária, oportunidade para os atores sociais ativos repensarem coletivamente o processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro. Por outra via, apenas nos anos 80 que esses movimentos tornaram-se conquistas efetivadas: no ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – encontro coletivo com mais de 4 mil pessoas - e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde⁵ (NUNES, 2009). Ambas sinalizavam a necessidade de modificação, não somente na atenção à saúde, mas no ensino superior, e enfatizavam a importância das integrações ensino-serviço (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

O cenário indicava a necessidade de ampliar estratégias para o reordenamento da formação dos Recursos Humanos, passando a girar em torno da proposta não somente da Reforma Sanitária como também nos princípios do SUS. Nesse sentido, surgem projetos como Uma Nova Iniciativa (UNI) e o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) que desenvolviam ações que visavam favorecer a articulação entre as universidades, comunidade e os serviços de saúde (COSTA; KALIL; SADER, 1999). Como forma de superar a dissociação entre proposições acadêmicas e aplicabilidade prática (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

⁵Obteve como tema central “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”. Propuseram nesta conferência, que o setor saúde orientasse os conteúdos curriculares, visto que os profissionais formados pelo sistema atual não vinham atendendo as reais necessidades. A conferência propõe ainda a ação articulada: MS, MT e ME.

No ano de 1985, cria-se por meio da fusão destes projetos, a Rede Unida. Esta, juntamente com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), contribuiu para a reinserção da temática dos recursos humanos na construção das políticas de saúde (TEIXEIRA; PAIM, 1996), articulando atores e instituições em torno de mudanças e novas experiências a formação qualificada dos profissionais em saúde (GONZALEZ, ALMEIDA; 2010).

Após diversos movimentos sanitaristas e a consolidação de programas voltados à qualificação da formação profissional, a criação do SUS ocorrida em 1988, revelava um novo sentido para o Brasil: uma estrutura do sistema, bases de um novo modelo de atenção e da formação em saúde que estavam por surgir. Regulamentado através das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, o SUS possui diversas incumbências (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Entre elas, conforme o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988).

Em função disto, as lutas para superar os desafios propostos deste ordenamento tiveram mais forças. Foram realizados encontros coletivos - conferências - a fim de abordar e problematizar o tema de formação dos profissionais da Saúde, como: a Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (anteriormente chamada de Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde). Existem ainda outros espaços de ordenação dos recursos humanos da saúde, como: a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS).

No ano 2000 inicia-se a construção de projetos a fim de coordenar e reestruturar os currículos das profissões em saúde. A Rede Unida, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica, MS, Ministério da Educação (MEC) e a Organização Pan-Americana de Saúde criam o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) (REDE UNIDA, 2014). Neste contexto, 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 contra poder ao instituído, outras estratégias e referenciais devem ser consideradas”, o Ministério da Saúde inicia o financiamento de 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde (LOBATO, 2010, p.33).

A mobilização dos atores envolvidos na formação de profissionais da Saúde foi intensificada com a criação dentro do Ministério da Saúde, da SGTES no ano de 2003, e do DEGES. A partir de então o MS, assumiu o papel, já definido na legislação, de gestor no SUS em relação “à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento,

distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil” (BRASIL, 2004a, p. 6). Nos anos seguintes, estratégias foram lançadas para articular a formação nas graduações à realidade da prática de saúde do SUS, como: Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); AprenderSUS; EnsinaSUS, entre outros.

Com uma posição transversal na articulação de estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde, a PNEPS é criada em fevereiro de 2004. A SGTES apresentou ao CNS a proposta da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. A proposta foi aprovada e resultou na Portaria Ministerial 198 de fevereiro de 2004, que instituiu a PNEPS “como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004b, s.p).

A EPS tem sido utilizada como um dispositivo, como instrumento para que os trabalhadores de saúde compreendam que sua formação não se limita aos cursos de graduação, pós-graduação, cursos e especializações, mas principalmente a sua prática cotidiana dos serviços de saúde. Seguindo os pressupostos pedagógicos proporcionado pela OPAS/OMS, a EPS parte das práticas definidas por múltiplos fatores, conhecimentos, valores, relações de poder, organização de trabalho, entre outros. Dessa forma, por meio da aprendizagem significativa, requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos e os coloquem em posição ativa de propor e reordenar as práticas (DAVINI, 1989, 2009; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999, OPS/OMS, 2002; BRASIL/MS/SGTES, 2004a; CECCIM, 2005; FERRAZ, 2011).

A partir disso, diante da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, é estabelecida a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica, e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 que institui a RMS, a qual estimula vários grupos a se articularem, em diversas regiões do país, para construir novos programas de RMS (BRASIL, 2006). A RMS nasce 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 EPS como eixo pedagógico estruturante dos programas e considera este um espaço para o desenvolvimento de processo de educação permanente, dispositivo potencial para promover mudança dos modelos de gestão e atenção do sistema (BRASIL, 2006).

Atualmente, 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 disto, que possam vir a contribuir para a formação de profissionais 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, além disso, no ano de 2007 inicia-se um novo desenho na formação dos profissionais. Com a criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde é que são redefinidas as diretrizes de implantação da PNEPS. A partir desta Comissão, são criados os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

O DEGES, por meio da Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, vem desenvolvendo dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde as seguintes ações estruturantes: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); o Pró-Residência (uma nova modalidade de financiamento de Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde); o Programa Nacional Telessaúde Brasil e a Universidade Aberta do SUS (UnaSUS) (BRASIL, 2006).

2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A ATUAÇÃO DOCENTE: A INTERFACE COM AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

O cenário da integração entre o ensino e o serviço é atravessado por um processo de disputa, o qual desencadeia uma gama de fatores que se expressam na dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde como. Dentre eles encontra-se o não comprometimento da gestão, a falta de preparo dos docentes para um novo enfoque da aprendizagem, a atenção básica como aprendizagem marginal nos currículos, a resistência dos estudantes ao contato com a comunidade, a resistência da população à presença dos alunos, dificuldade das diferentes profissões se relacionarem entre si, a resistência dos profissionais dos serviços às mudanças, a formação dos trabalhadores não fazer parte da agenda de trabalho da unidade, e ainda a estrutura física inadequada para acolher os estudantes (OLIVEIRA, 2003; DOMINGOS, 2012).

As RMS foram criadas com intuito de rearticular os modos de superação das barreiras entre a integração ensino-serviço na perspectiva de formação profissional, com vistas a superar os isolamentos disciplinares e potencializar o saber e a construção coletiva in loco das práticas de saúde (BRASIL, 2005a). Nesse sentido, a EPS, foi concebida para atuar como eixo pedagógico nas RMS, garantindo os princípios do SUS de maneira coletiva e problematizadora das práticas de saúde de acordo com a realidade.

A partir desse eixo orientador e estruturante dos programas de formação nos serviços, as RMS podem ser consideradas como um “espaço para o desenvolvimento e de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente” (BRASIL, 2006; RAMOS et al., 2006, p.378). No entanto, essa perspectiva configura o desafio de efetivar a adoção da EPS enquanto ferramenta fundamental para a recomposição de práticas de formação e de atenção, tanto no âmbito de gestão, político e de participação da sociedade, nas RMS.

Entre esses desafios, encontra-se o modelo pedagógico-hegemônico de ensino na educação superior. Este modelo é pautado na especialidade clínica em detrimento aos temas referentes a atenção básica, com enfoque na transmissão de conteúdos e especialidade, de maneira compartimentada/fragmentada, a qual não valoriza o aprendizado por meio da prática real do serviço de saúde. Além disso, os modos de ensinar de forma problematizadora, com protagonismo ativo dos estudantes ainda são incipientes no ensino da educação superior (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O modelo de formação fragmentador dos saberes e práticas em saúde anteriormente citado, voltado para as especialidades, vai contra o propósito da integralidade, que se constitui como eixo norteador para o alcance do amplo atendimento e necessidades de saúde da população e, ao mesmo tempo, constitui um desafio na construção do SUS (MATTOS, 2010; DOMINGOS, 2012). Assim, a busca pela formação em serviço pautada na EPS corresponde a alteração dos modos de fazer, aprender e trabalhar saúde, sintonizando o conceito com a prática, a integração das necessidades da população com a realidade dos serviços. Realizar transformações dos modos de se fazer saúde nas RMS exige também modificações nos processos de subjetivação baseadas na EPS, isto é, “os princípios do SUS só se materializam na experiência cotidiana a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com as mudanças das próprias práticas de saúde” (BRASIL, 2006, p.365).

Os espaços de integração, a partir da lógica de EPS, são preconizados de forma reflexiva e transformadora a partir da interface entre o ensino e trabalho. Dois contextos aparentemente desconectados, que historicamente têm sido procurado articular e ligar os

diferentes espaços de formação aos diferentes cenários de produção de cuidado à saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008; ALMEIDA, FEUERWERKER, LLANOS, 1999). A vivência nestes campos de atuação de profissionais em formação, trabalhadores do serviço e estudantes, vai além do trabalho prático, mas necessita conectar a teoria e a prática, oportunizando espaços de construção de saúde e reflexão problematizadora do processo das práticas de cuidado.

Para a perspectiva dessa experiência de aprendizado em serviço torne-se efetiva, é preciso que ocorra uma quebra da linearidade do esquema 'quem - ensina - o quê - para quem - onde' no 'quem' e no 'para quem', entrariam não só os docentes, como também os funcionários, os demais profissionais, os alunos e as pessoas em cuidado. No 'o que', se ensina se incluiriam os conhecimentos técnicos-informativos, mas também e principalmente as habilidades técnicas, a interdisciplinaridade, o participar, o ser cidadão, o ser sujeito, ou seja, conteúdos técnicos, políticos e éticos (GARCIA, 2001; PINTO; FORMIGLI; RÊGO, 2007).

Segundo os pressupostos da EPS, este processo de ensino e aprendizagem está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, partindo da ideia e das concepções da aprendizagem significativa, a qual promove e produz sentidos para as pessoas (CECCIM, 2005). 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).

A aprendizagem significativa emerge a partir do teórico David Ausubel (1982). A sua teoria traz que 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).

Além disso, autores analisaram as dificuldades comuns no processo de ensino em serviços do SUS, tais como a resistência dos docentes e alunos ao deslocamento para fora dos

espaços tradicionais de práticas (hospital), o encanto com as tecnologias sofisticadas, o problema da aceitação dos estudantes pelos profissionais de saúde, pelo fato do ensino não fazer parte das suas atividades obrigatórias, entre outras (NORONHA FILHO, et al, 1995; CAMPOS, 1999; PINTO; FORMIGLI; RÊGO, 2007). Esse fato deve-se pela experiência acumulada nos últimos quarenta anos, conforme foi enfatizado no primeiro capítulo desta fundamentação teórica.

Particularmente no campo da educação médica, e reconhecendo a inadequação dos modelos de formação para enfrentar os desafios atuais da atenção à saúde, é formado no início dos anos 1990, por iniciativa da Fundação Kellogg, o Programa UNI. Sua proposição central se baseou na relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade, como o alicerce sobre o qual devem estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde. Até então, esses atores estabeleciam entre si relações bilaterais, expressas pela Integração Docente-Assistencial (universidade-serviços), pela Extensão Universitária (universidade-comunidade) e pela Atenção Primária à Saúde (serviços-comunidade) (ALBUQUERQUE, et al., 2008).

No entanto, a RMS propõe, em contraposição, a imersão e o enfrentamento do residente e dos demais atores (universidade, serviço, comunidade, universidade) em um sistema mais complexo e orientado para a inovação das práticas de saúde e da formação profissional. Nesse caminho, são abordados os avanços inquestionavelmente alcançados, destacando-se a conformação dos projetos enquanto espaços de construção democrática e a conformação de sujeitos orientados por projetos coletivos que resgatam valores como a solidariedade e a responsabilidade compartilhada. Cabe ressaltar um dos conceitos criticados, é o de parceria, apresentada como substantiva, horizontal e igualitária entre os componentes (academia, serviços, comunidade). Não foram consideradas as desigualdades de poderes e saberes entre estes componentes, assim como as contradições delas decorrentes. A realidade do desenvolvimento dos projetos revelou, rapidamente, as disputas ocorridas no interior da academia, dos serviços e da comunidade, como nos espaços de negociação entre eles (ALBUQUERQUE, et al, 2008; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

Assim, pensando na saúde como um interesse social e nas políticas públicas como respostas às demandas sociais, o alcance da transformação do ensino para o cumprimento das diretrizes curriculares nacionais e das diretrizes do SUS, necessita da formulação de políticas públicas para o desenvolvimento universitário institucional e para a produção de conhecimento. Um novo modo de se pensar e ensinar em saúde devem vir acompanhados de políticas voltadas para mudanças na formação em saúde que consigam envolver todos os

atores implicados (gestores de saúde e educação, docentes, controle social) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). No entanto, conforme afirma Ceccim et al. (2010) um profundo processo de reformas na formação profissional não pode se fazer sem profundas alterações nos perfis ético, técnico e institucional do pessoal que atua ou ensina ou que irá atuar ou ensinar, preenchendo os postos de trabalho no setor reformado.

Enquanto há desafios emergentes na consolidação da formação profissional condizente com as diretrizes do SUS, a atuação docente nesses espaços também é um aspecto que necessita ser refletido e dialogado pela forte implicação no desenvolvimento de um ensino problematizador requerido pela RMS. Porém, percebe-se que ainda utiliza-se métodos e técnicas de caráter individualizante, indo de encontro ao preconizado pelas Residências Multiprofissionais. A atuação do professor no âmbito da docência superior⁶ é uma atividade que requer conhecimentos próprios, em que a interrelação do saber e do fazer vão se consolidando durante a trajetória formativa, envolvendo além dos conhecimentos prévios e específicos do professor, os conhecimentos pedagógicos e sua relação com a prática pedagógica desenvolvida no cotidiano universitário (PIVETTA, 2011).

Soma-se a isso, é necessário que o docente esteja em contínua reflexão. Os pressupostos de Nóvoa (1992, p. 25) corroboram com o requerido pela aprendizagem proporcionada no espaço da RMS. O autor coloca que a formação do docente “não se constrói por acumulação de cursos, conhecimentos ou técnicas, mas sim por meio de um trabalho de flexibilidade crítica sobre as práticas de reconstrução permanente de uma identidade pessoal”.

No mesmo sentido, John Dewey (1959) enfatiza que o pensamento reflexivo é aquele que permite examinar, mentalmente, determinado tema, assunto, situação, fazendo considerações sérias e consecutivas sobre o mesmo, aspecto potencialmente importante para a atuação docente no âmbito da RMS. A ideia do pensamento reflexivo está voltada para um pensar ordenado sobre fatos ou fenômenos que são vistos, tocados, ouvidos, ou seja, vivenciado e experienciado por aquele que reflete, envolvendo os sentidos e os significados que são gerados a partir de e para o objeto que gerou a reflexão. Para o mesmo autor, experiência é compreendida como um conhecimento que envolve elementos ativos e passivos. Ativos, à medida que abarcam tentativas, experimentos e mudanças e, passivos, pois ao

⁶Segundo Isaia (2006) a Docência Superior compreende as atividades desenvolvidas pelos professores, orientadas para a preparação de futuros profissionais. Tais atividades são desenvolvidas a partir do mundo da vida e da profissão, alicerçadas não só em conhecimentos, saberes e fazeres, mas também em relações interpessoais e vivências de cunho afetivo, valorativo e ético, não esgotando a atividade docente apenas em sua dimensão técnica, mas remeter ao que de mais pessoal existe em cada professor.

experimental, a pessoa passa por este ou aquele momento, experimenta e sobre as consequências de mudança.

Assim, os docentes, conforme Pivetta (2011), necessitam adquirir concomitantemente, três habilidades: a apropriação teórico-crítica da realidade docente, levando em conta o contexto onde ocorre a ação; a consideração de metodologias ativas, formas de agir, procedimentos facilitadores do trabalho docente, assim como resolução de problemas do cotidiano e; por último, considerar os contextos sociais, políticos e institucionais das práticas docentes. Considera-se, desse modo, que o professor seja capaz de desenvolver o trabalho docente em uma concepção socioconstrutivista em que planeje, promova e estruture suas ideias, analise seus próprios processos de pensamento e resolva situações inerentes ao cotidiano, tendo como suporte a atividade de aprender a profissão docente, o que transpõe a reflexão exclusiva e solitária do espaço de sala de aula (LIBÂNEO, 2006).

Além da necessidade de atravessar as especializações fragmentadas em área profissional, segundo conhecimentos (saberes disciplinares) e práticas (condutas profissionais) das profissões ou das especialidades científicas, às especializações em área profissional, integradas ao SUS, devem estar fartamente permeáveis às políticas públicas (esfera de indicação dos modos de operar a prestação de serviços de caráter público de modo regulado pelos interesses coletivos e de acordo com as necessidades sociais) e aos movimentos sociais que reinstituem permanentemente o viver em sociedade, no cotidiano (CECCIM, et al., 2010). Para Morin (1996) essas especializações extraem, abstraem um objeto de seu meio, rejeitam os laços e a intercomunicação do objeto com seu meio e não considera as especificidades. Ou seja, compartimentaliza o conhecimento de forma mecânica, disjuntiva e reducionista, quebra o complexo do mundo, produzindo dessa forma fragmentos, fracionando problemas e separando o que está ligado de forma unidimensional o que é na verdade é múltiplo.

Para isso, é preciso refletir sobre as possibilidades de gerar espaços e oportunidades para a aprendizagem real, bem como, experimentação nas políticas de educação e de saúde para as instituições de formação, mobilizar o pensamento para avaliar o que tem-se feito e responder às atuais interrogações (CECCIM, et al., 2010). O conhecimento pedagógico dos docentes, de forma reflexiva e compartilhada, condiz com uma rede de relações interpessoais, envolvendo um sistema de ideias a partir de distintas dimensões de ordem pedagógica. As quais se apresentam, dinamicamente, como conhecimento teórico e conceitual, a experiência da prática do professor, a reflexão sobre a ação e, conseqüentemente, a transformação da ação. Acredita-se que somente a partir dessa transformação, não apenas do docente, mas de

todos os implicados para a efetivação da integração ensino-serviço, que ocorrerá um processo de reorganização contínua de conhecimentos que existiam com os conhecimentos atualmente adquiridos (BOLZAN, 2006).

2.3 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: REFLEXOS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com o objetivo de analisar os reflexos das Residências Multiprofissionais em Saúde na formação profissional e nos serviços de saúde, foi realizada uma Revisão Integrativa por meio da produção científica disponibilizada em periódicos online. A operacionalização deste estudo foi guiado por seis etapas conforme proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008): (1) estabelecimento do tema e questão de pesquisa; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra; (3) categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão.

Para orientar esta revisão, formulou-se a seguinte questão: “quais os reflexos das Residências Multiprofissionais em Saúde na formação profissional e nos serviços de saúde?”. Foi realizada uma pesquisa online, no mês de julho e agosto de 2015, utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS). Para a busca foi utilizado termos livres baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e palavras-chave, conforme a Figura 1. O recorte temporal utilizado foi a partir de 2005, justificando-se pela Lei nº 11.129, que institui as Residências Multiprofissionais em Saúde, até o ano de 2014.

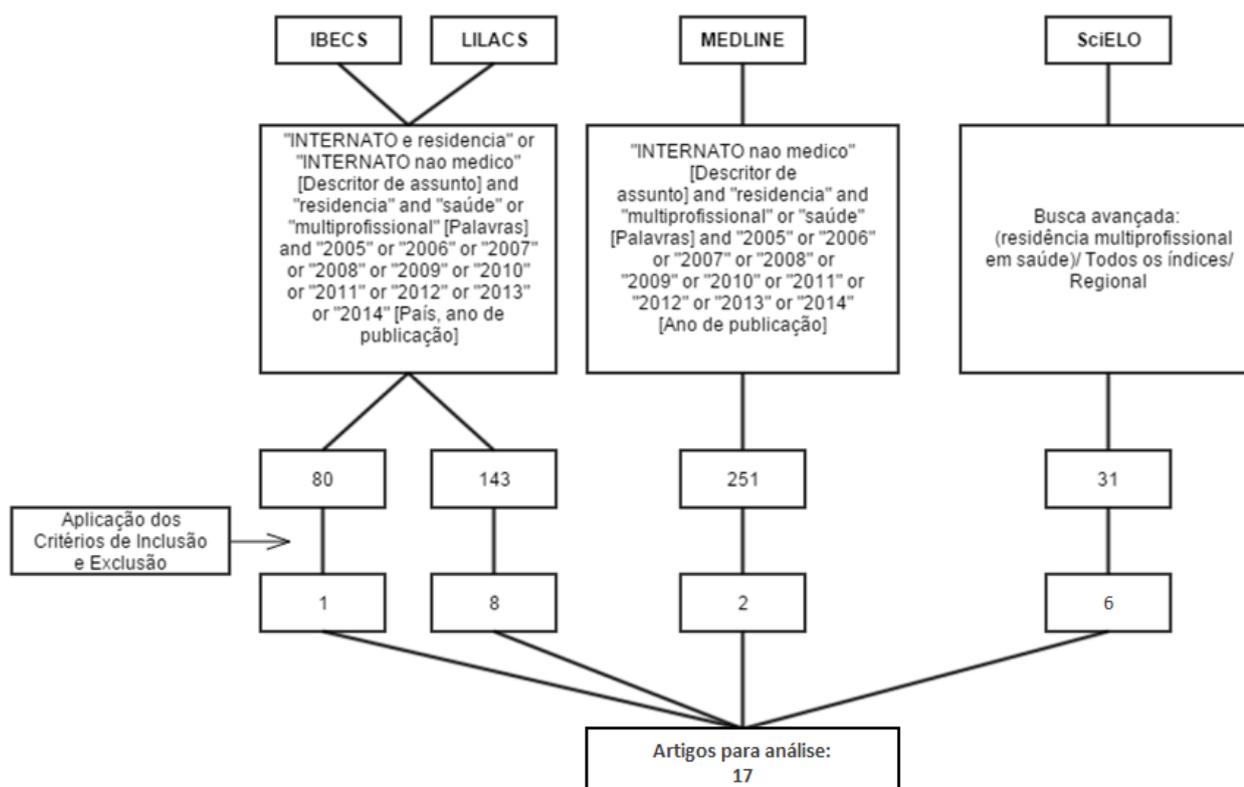


FIGURA 1 - Fluxograma de busca nas bases de dados elaborada pela pesquisadora.

Ressalta-se que, o termo “Residência Multiprofissional” não é considerado descritor, dificultando a busca em base de dados. Dessa forma, após diversas tentativas de estratégias com os descritores que mais se aproximavam do proposto, resolveu-se utilizar na base de dados LILACS as palavras chave: “Residência” e “Multiprofissional” por abarcar de forma mais ampla os estudos sobre RMS. Como esta é uma modalidade de ensino brasileira, utilizou-se a base de dados internacionais a fim de encontrar estudos de pesquisadores brasileiros publicados a nível internacional. Para isso, foi utilizado o descritor “*internship nonmedical*”, pois segundo o DeCs, trata-se de “programas avançados de treinamento para responder a certas exigências em outros campos que não a medicina ou a odontologia, por exemplo, a farmacologia, a nutrição, a enfermagem, etc”.

Após a busca das produções científicas, foi realizada uma primeira análise dos artigos para verificar sua aproximação com o objetivo proposto. Após, sucedeu o seu refinamento, a partir dos seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente; nos idiomas português, inglês ou espanhol e ter envolvimento com a Residência Multiprofissional em Saúde. Foram excluídos os artigos que contemplassem revisões de literatura, reflexões, editoriais e teses ou dissertações. A obtenção dos estudos selecionados ocorreu mediante

leitura criteriosa do título e resumo pela primeira autora, constatando sua adequação à questão norteadora e aos critérios de inclusão. Foram excluídos estudos repetidos nas bases de dados, sendo mantido apenas um.

Os artigos foram lidos na íntegra e organizados em uma planilha contendo as seguintes informações: identificação, título do artigo, revista, referência, país, ano de publicação, objetivo da pesquisa, participantes e cenário dos estudos, método utilizado, principais resultados e conclusões, descritores ou palavras-chave. Os estudos foram identificados com a letra “A” de Artigo, seguida de um número (1 a 17) (APÊNDICE A). Os dados foram caracterizados e analisados de forma qualitativa conforme o proposto por Minayo (MINAYO, 2014).

Os achados deste estudo revelaram que no ano de 2013 deu-se o maior volume de publicações (A2, A3, A10, A16, A17) e as revistas com maior número de artigos foram a Saúde e Sociedade (A6, A12), Ciência e Saúde Coletiva (A8, A17) e Revista Gaúcha de Enfermagem (A7, A9), com dois estudos cada. Quanto ao desenho metodológico dos estudos, 11 foram de natureza qualitativa (A2, A3, A6, A7, A8, A9, A13, A14, A15, A16, A17). Dessa forma, o nível de evidência que mais obteve destaque, baseado na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), foi o nível 4, por abarcar estudos com delineamento não experimental, como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de casos. E, os participantes das pesquisas foram em sua maioria residentes (A1, A2, A4, A5, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A17).

A partir da análise do material pode-se evidenciar aspectos importantes a serem relatados sobre as RMS, apresentados em quatro categorias advindas da categorização dos estudos: influência da Residência Multiprofissional na formação profissional; aspectos facilitadores na formação do residente; desafios no processo formativo de residentes multiprofissionais; contribuições da Residência Multiprofissional para os serviços de saúde.

2.2.1 Influência da Residência Multiprofissional em Saúde na formação profissional

Nos artigos analisados, a RMS proporcionou aos residentes oportunidades de aprimorar habilidades já existentes (A10) e qualificação para o mercado de trabalho (A3) por meio da vivência de situações reais, além do título de especialista (A4). Estudo (A2) apontou que egressos de um programa de RMS valorizavam sua trajetória como residentes e as experiências enriqueceram sua formação profissional e pessoal.

A RMS tem repercussão na formação de profissionais principalmente por aproximar os residentes do modelo de saúde pública proposto pelo SUS (A4), a partir da inserção destes em serviços de diferentes níveis de complexidade, com práticas que integram ensino-pesquisa-extensão-assistência-gestão (A4). Para muitos residentes, representa uma curva íngreme de aprendizado sobre questões de saúde em geral (A10). Parte dos residentes, ao refletirem sobre suas experiências neste processo de formação, pensam que podem fazer a diferença no setor dos cuidados de saúde (A10). Desse modo, as RMS podem representar uma oportunidade para reflexão centrada em alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais (A11).

A experiência de aprendizagem por meio do trabalho proporcionada pela residência é percebida pelos residentes como capaz de fomentar questionamentos constantes sobre práticas (individuais e coletivas), resultando em um cuidado qualificado e resolutivo (A15). Estar vinculado a um Programa Multiprofissional de formação em serviço influenciou a prática de residentes em aspectos tais como o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e não imposição de compromisso com a demanda, mas sim com o aprendizado, evidenciando aspectos tais como a possibilidade de experimentar e ter certa autonomia na realização das atividades (A12).

O estudo (A8) apontou que a integração entre os diferentes núcleos de conhecimento das profissões da área da saúde é construída e sua conquista depende de vários fatores: das pessoas, das equipes, da valorização do conhecimento dos outros, da proximidade, do tempo de contato e da amizade. Assim, os momentos de discussão e trocas de experiências entre os residentes e outros profissionais potencializam a construção de novos conhecimentos por meio da articulação com as outras áreas do saber (A8). Além disso, as vivências durante a residência possibilitam o exercício de habilidades e atitudes tais como flexibilidade, confiança, paciência, intuição, adaptação e reconhecimento das limitações profissionais a partir do mundo do trabalho (A13, A8).

A Residência, neste contexto, tem gerado repercussões tanto para as instituições de ensino, quanto para as de saúde, uma vez que modifica ambas as dinâmicas: tanto a da aprendizagem, quanto a da rotina de trabalho. Estas repercussões incluem influências diretas nos residentes, profissionais em formação e inseridos nos campos de prática sob supervisão. Oportunidade de aprimorar-se, qualificar-se para o mercado de trabalho, aproximar-se dos princípios do SUS, participar de práticas que intencionam aproximar profissionais e usuários, refletir sobre o trabalho e questionar-se constantemente sobre seu aprendizado são características apontadas pelos artigos desta revisão.

2.2.2 Aspectos facilitadores na formação do residente

Aspectos facilitadores relativos ao ensino e sua integração com o serviço foram citados, na forma de uma espécie de "rede de segurança" formada pelo preceptor da residência, diretor e/ou coordenador do programa (A10, A12). Também é possível estabelecer associações entre o nível de satisfação dos residentes com a dedicação ao ensino por parte do tutor e o quão disponível ele está (A1). Outro estudo (A2) apontou o vínculo, o acolhimento e as trocas entre residentes, preceptores, usuários e equipes de saúde como facilitadores do processo de aprendizagem na residência. As reuniões regulares foram consideradas "espaços seguros" para os residentes refletirem criticamente sobre sua aprendizagem (A10, A16).

No estudo A16, os autores enfatizaram que a utilização de um diário torna-se fundamental no processo de aprendizagem e quanto mais detalhado, mais reflexão permite. Em relação às vivências na prática, as discussões em equipe de forma integrada, são entendidas como parte do processo de formação, pois, na ausência desse espaço, não seria possível estimular transformações (A8, A14). Espaços dialógicos permitem exercitar a reflexão e reconhecer as experiências pessoais como produtoras de significados (A15). Existe a preocupação de que cada núcleo profissional pode contribuir para qualificar a atenção prestada ao usuário e isto pode ser oportunizado pelas discussões provocadas pelos encontros e seminários de núcleo (A8, A9).

Nos programas de RMS este processo de ensino-aprendizagem possui como eixo central a articulação entre a teoria e a prática proporcionada por meio de uma relação dialética entre os preceptores, docentes e o residente. Sendo que esta prática pedagógica geralmente é desenvolvida de uma forma intuitiva, associando o conteúdo ao que se faz relevante para o momento conforme a realidade social. As RMS priorizam a prática a partir da interdisciplinaridade, na busca constante de metodologias que privilegiem a integração ensino/trabalho respeitando as particularidades existentes em cada processo de trabalho das profissões (MEIRA; SANTOS; SANTANA, 2006).

Conforme o proposto pelas diretrizes gerais para os programas de RMS, essas atividades pedagógicas devem ser organizadas por um eixo integrador transversal de saberes que contemplem a base de consolidação para a formação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, além disto, o Projeto Pedagógico dos programas devem contemplar metodologias de integração de saberes e práticas que possibilitem a construção de competências compartilhadas (BRASIL, 2012). Acredita-se que estes aspectos devem ser observados, acompanhados e avaliados constantemente, visto que é neste contexto que os

condutores deste processo (docentes/tutores e preceptores) estão inseridos e são eles que orientam, direcionam e compartilham experiências (BOTTI; REGO, 2011).

As RMS deixam para trás as práticas pedagógicas convencionais e se concentram nas possibilidades de reflexões vivenciadas a partir das experiências cotidianas. Dentre essas, a capacidade de reflexão constitui a primeira condição do ato comprometido do trabalhador, sendo que para tal, é preciso conhecer e reconhecer a realidade em que se encontra. Outro fator que facilita a formação dos residentes é a relação com as equipes de saúde propiciada pela efetiva interação ensino-serviço, a qual também gera conhecimento para os serviços. Essa ligação contribui para potencializar a Educação Permanente em Saúde, eixo central das RMS (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

2.2.3 Desafios no processo formativo de residentes multiprofissionais

Pode-se identificar que o desconhecimento sobre o papel dos residentes é um problema presente em um estudo (A3), que apontou a não diferenciação na maneira de atuar das alunas do último ano do curso de enfermagem e das residentes (A3). Profissionais do serviço apontaram ainda que não observaram mudanças ou contribuições do residente para as práticas assistenciais, uma vez que não compreendiam claramente os objetivos da residência.

As características pessoais dos residentes influenciam sua formação profissional (A17, A3). Para os profissionais dos serviços de saúde as características individuais dos residentes e as relações estabelecidas entre eles influenciam no processo de tomada de decisão. Os mesmos profissionais apontaram ainda a fragilidade do núcleo profissional, a não valorização do seu próprio trabalho e a timidez, imaturidade e medo de errar dos residentes, além das disputas de poder, do desconhecimento de como trabalhar interdisciplinarmente e limitações advindas da graduação como fatores limitadores para o desenvolvimento da residência (A17).

O poder exercido pelo médico na equipe de trabalho também aparece como dificultador da integração da equipe multiprofissional (A7, A8). Neste artigo, informa-se que a integração entre os profissionais ocorria por meio de um cronograma de aulas teóricas, mas em termos de atividades práticas, não havia tentativas de integração entre residência nas diferentes áreas de conhecimento (A7).

O estudo (A5) verificou o indicativo para a Síndrome de Burnout, evidenciou que parte significativa de residentes multiprofissionais apresentou alta exaustão emocional, corroborando com outro estudo (A10), que enfatizou que os residentes, por vezes, podem ter problemas pessoais acarretados pela residência. No estudo (A15) relata que os residentes

foram inseridos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) com processos frágeis de trabalho, com dificuldades na continuidade das ações em saúde e isto pode ser prejudicial à aprendizagem. Além do programa de residência ser considerado descontínuo (em nove semanas as residentes trabalham em três setores diferentes, além das horas-aulas teóricas) (A3), os residentes revelam que apesar da bagagem teórica, era notória a dificuldade em relacionar os conteúdos aprendidos com a realidade (A13, A2).

Em nível nacional, as RMS foram regulamentadas há 10 anos, a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que cria a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005b). Porém, as experiências vivenciadas por esta modalidade iniciam na década de 70, com o programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), a qual, no início dos anos 90 é extinta por motivos políticos e econômicos, mantendo apenas a Residência Médica. Entre essas e outras experiências, pode-se demonstrar a diversidade dos serviços e órgãos que promoviam e/ou promovem os programas de RMS (HAUBRICH et al., 2015).

Estudo aponta que é possível perceber que diferentes atores buscam imprimir, na institucionalidade e na conformação das Residências, o “especialismo” e a regulação tradicional da Residência Médica, delimitando saberes e reservando o lugar do ensino às instituições de ensino superior, retirando, dessa forma, o componente educação dos serviços e práticas em saúde (HAUBRICH et al., 2015). Estes aspectos reiteram com os desafios evidenciados por essa revisão. Os programas de residência são oportunidades efetivas para o desenvolvimento da formação, principalmente na prática colaborativa centrada no usuário, porém, devem ser fornecidas condições para enfrentar as barreiras que esta modalidade vivencia, ainda mais por ser um prática pedagógica recente e que herda, historicamente, aspectos que dificultam esse processo (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

2.2.4 Contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde para os serviços de saúde

A partir da inserção dos residentes pode haver perspectiva de trabalho integrado, com trocas efetivas de saberes e práticas (A11), bem como, estímulo para o trabalho em equipe e reorganização dos processos de trabalho (A2). É possível inferir que no primeiro ano, o residente, geralmente recém-formado, focou sua prática no cuidado individual, muitas vezes

como um ‘especialista’ no território. A maturidade adquirida no segundo ano possibilitou a ampliação da prática para o cuidado coletivo, gestão e educação (A2).

A interdisciplinaridade, proporcionada pelo encontro e construção coletiva nos programas de RMS, impulsiona o desenvolvimento de uma proposta inovadora de assistência, além de ampliar as possibilidades de atuação junto as equipes Multiprofissionais de Saúde e a comunidade (RHODES et al., 2013; NAEGER et al., 2012). Além disto, o trabalho multiprofissional proporciona a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e, assim, surgem novas propostas de intervenção, que não poderiam ser concretizadas por nenhum profissional de forma isolada, sendo resultado da união de diferentes saberes (SILVA et al., 2015). Os preceptores refletiram sobre a necessidade de articular ensino (teoria) e prática (serviço) (A12), e desenvolver e aprimorar competências clínicas e habilidades técnicas elementares às profissões, necessitando abertura para o diálogo e construção coletiva de propostas (A7).

O estudo (A3) com enfermeiras apontou que a principal contribuição das residentes foi ajudar na assistência, embora tenham afirmado que a residência em si pouco contribuiu com inovações para o cuidado de enfermagem. As mesmas sugeriram mudanças nos cronogramas de modo que as atividades dos residentes sejam concentradas em determinado setor, o que poderia melhorar o aproveitamento e otimizar o trabalho. Outro artigo (A6) evidenciou a necessidade de pensar a formação na RMP a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença (A6) e no desenvolvimento de competências para melhor cuidar, de maneira individual e coletiva (A2). Ressalta-se a importância de discutir formas de trabalho que favoreçam as ações de prevenção em saúde, oportunizadas a todo o momento, permeadas por experiências e centradas no usuário inserido no contexto familiar e social (A12).

A segurança proporcionada pela proximidade com o preceptor, além do docente-coordenador; as relações entre residentes, usuários e equipes e a socialização de experiências são aspectos considerados facilitadores na formação do residente e a utilização de estratégias tais como o diário de atividades, foi citada como forma de melhor acompanhar o residente e permitir reflexão crítica. Como uma forma de facilitar o processo ensino-aprendizagem, estratégias são criadas a fim de colaborar positivamente para a formação dos residentes.

Por mais que os programas de RMS sejam conveniados por diferentes instituições (universidades, faculdades ou secretarias de saúde, entre outras), o que implica diretamente na construção dos projetos pedagógicos, percebe-se um esforço coletivo para tornar a formação dos residentes como uma potência de produção de novas realidades de acordo com as diretrizes do SUS. Sendo possível visualizar a permeabilidade dos atos educativos no

cotidiano dos serviços de saúde e às possibilidades de criação de novas práticas e de mudanças institucionais (HAUBRICH et al., 2015).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Diferentemente da arte e da poesia que se baseiam na inspiração, a pesquisa é um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. (MINAYO, 2013a, p. 26).

Este ritmo, conforme indica Minayo (2013a), trata-se do ciclo de pesquisa compreendido como um peculiar processo de trabalho em espiral que começa com uma pergunta e termina com uma resposta ou produto que, por sua vez, dá origem a novas interrogações. Propõe-se, desta forma, apresentar neste capítulo o percurso metodológico que coloca a questão de pesquisa “como os docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvem, na formação dos residentes, a integração ensino-serviço?” no centro da investigação.

O denominado **Ciclo de Pesquisa** divide-se em três etapas, sendo elas: a fase exploratória; trabalho de campo; e, análise e tratamento do material empírico e documental. A primeira etapa, ou seja, a **fase exploratória** consistiu na construção do projeto de pesquisa até os procedimentos e testes para entrada em campo. O **trabalho de campo** tratou-se em levar para a prática a construção teórica elaborada na primeira etapa, desenvolvida por meio da combinação dos instrumentos de coleta de dados (observação sistemática e entrevista semiestruturada). A **análise e tratamento do material empírico e documental** baseou-se no conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto e/ou demais leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo. Esta última etapa subdividiu-se em: ordenação dos dados; classificação dos dados; e, análise propriamente dita (MINAYO, 2013a).

Para tanto, o ciclo de pesquisa não se fecha nestas etapas, pois, segundo Minayo (2013a, p. 27), toda a pesquisa produz conhecimento e gera novas indagações, ou seja, “pensamos sempre num produto que tem começo, meio e fim e ao mesmo tempo é provisório”. Sendo esta inerente aos processos sociais e que se refletem nas construções teóricas.



FIGURA 2 – Ilustração do Ciclo de Pesquisa com base nas ideias de Minayo. Elaborada pela pesquisadora.

Vale ressaltar, que a ideia deste Ciclo se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam. Desse modo, foram valorizadas cada etapa deste percurso e sua integração no todo (MINAYO, 2013a).

3.1 FASE EXPLORATÓRIA

A fase exploratória para Minayo (2014) é tão importante que ela pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória, sendo que esta fase compreende desde a construção do projeto até os procedimentos para entrada em campo. Para tanto, aqui será apresentado: o tipo de pesquisa; cenário de estudo; participantes da pesquisa; e, estratégias de entrada no campo.

3.1.1 Tipo de Pesquisa

Para que se possa responder aos objetivos propostos pela pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A escolha pela abordagem qualitativa deve-se ao fato que o seu interesse está na vivência das relações e nos significados que os indivíduos atribuem a determinados fenômenos (MINAYO, 2014). Essa abordagem vai ao encontro do proposto por esta pesquisa, visto que obteve como objetivo geral a concepção frente a integração ensino-serviço na formação dos residentes, considerando as significações dos docentes frente a esta realidade, o qual se faz presente.

Sob essa perspectiva, Minayo (2013b) aponta que a abordagem qualitativa trabalha com um universo de significados e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Reconhecendo que o campo das Residências Multiprofissionais em Saúde é uma realidade complexa que demanda conhecimentos objetivos e subjetivos integrados, requer uma abordagem dialógica, dialética e participativa. Pois, além disto, essa abordagem, conforme Polit e Beck (2011), aprofunda-se nos motivos e nas atitudes destes significados, que são estabelecidos pelos indivíduos em sua situação natural no qual reflete acerca do que faz, interpreta as suas ações através da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Esta pesquisa é exploratória porque possui finalidade de desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, o que objetiva proporcionar uma visão geral acerca de um fato (GIL, 2010). Também é descritiva, pois descreve determinado fenômeno ou fatos obtidos da própria realidade que se deseja estudar compreendendo os processos dinâmicos vividos pelos indivíduos, que contribui nas suas relações (GIL, 2010; RICHARDSON, 1999). Desse modo, pode-se possibilitar uma aproximação mais aprofundada ao cenário do estudo, com vistas a criar maior familiaridade em relação a este cenário e os fatos que nele ocorrem.

3.1.2 Cenário da Pesquisa

O local para realização desta pesquisa foi o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a qual possui como unidade administrativa o Centro de Ciências da Saúde (CCS). A UFSM, instalada solenemente no ano de 1961, é considerada uma Instituição Federal de Ensino Superior constituída como Autarquia Especial vinculada ao MEC. Esta Instituição está localizada no município de Santa Maria, no centro geográfico do estado do Rio Grande do Sul, a 290 km de Porto Alegre, capital (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

A trajetória para a consolidação desta Residência foi resultado de um processo de construção coletiva iniciado em 2003, com o envolvimento de diversos profissionais de saúde de instituições e serviços de ensino da região. No ano de 2004 o projeto foi aprovado no MEC, mas não houve continuidade na sua operacionalização, devido a questões políticas/estruturais locais. Apenas então, em 2007, o projeto foi retomado, fortificado e encaminhado ao MS com a aprovação em 2008 e início em maio de 2009 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

O PRMISPS foi constituído em 2009 com três áreas de ênfase, sendo elas: Gestão e Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde da Família e Atenção em Rede Hospitalar. Cada ênfase subdividia-se em áreas de concentração, as quais foram reestruturadas em decorrência da necessidade vivenciada no processo de implantação do Programa. Atualmente, as ênfases e áreas de concentração estão organizadas da seguinte forma: **Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**, centradas nas áreas de concentração: Crônico-Degenerativo, Materno Infantil e Onco-Hematologia; **Sistema Público de Saúde**, com as áreas de concentração: Atenção Básica/Saúde da Família e Vigilância em Saúde; e, **Saúde Mental no Sistema Público de Saúde** (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

A fim de viabilizar e realizar práticas que integrem ensino-pesquisa-extensão-assistência-gestão alinhadas aos princípios do SUS, o objeto central do PRMISPS nestes cenários é a estruturação dos fluxos, ou seja, a construção de “linhas/redes de cuidado” embasados por ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Os residentes que atuam nestes cenários são das áreas profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. No seu PPC a formação dos residentes da RMISPS/UFSM é norteada pela visão crítico-educativa, voltada para a reorientação do processo saúde-doença para uma concepção mais ampliada, na busca da formação de profissionais com qualidade sócio-política, ético-humanística e de relações interpessoais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

A adoção de metodologias estratégicas para viabilizar a autonomia, competência, participação dos residentes no seu processo formativo, transcende a sala de aula, justificando a grande maioria (80%) da carga horária destinada às atividades práticas, 44 horas semanais. Nesse sentido, a RMISPS prevê a duração de 02 anos em regime de dedicação integral, totalizando a carga anual em torno de 2.880 horas, com um período de 30 dias de férias por ano. A média de carga horária semanal é de 60 horas, que além das atividades práticas é distribuída da seguinte maneira: 08 horas de atividades de reflexão teórica, 04 horas de formação de serviço de campo (teórico-prática) e 04 horas de atividades de formação de serviço de núcleo (teórico-prática) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

Nesse sentido, a RMISPS/UFSM possui como diretrizes Político-pedagógicas e estratégias metodológicas a formação de profissionais com competências para atuarem no Sistema Público de Saúde. Para tanto, ocorre a inserção dos residentes em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade do sistema, sendo eles: Hospital Universitário de Santa

Maria (HUSM), gestão e atenção na rede básica de saúde (Unidades Básicas de Saúde), gestão e atenção de serviços intermediários (Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária, entre outros) e unidades gestoras (4ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

O processo de avaliação destes residentes é de caráter sistematizado trimestralmente por atribuição de conceitos, o qual é orientado por diretrizes e critérios, tais como: grau de inserção e desempenho nas atividades de formação em serviço e de reflexão teórica; desenvolvimento de competências almejadas, considerando suas facilidades e dificuldades com oportunidade de recuperação contínua e paralela. Além destes conceitos e, também da frequência mínima nas atividades, o residente deverá construir e desenvolver um projeto de intervenção prática em saúde e ao término da residência, deverá apresentá-lo em forma de artigo científico mediante banca examinadora, sendo considerado requisito para a conclusão do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

As atividades de formação, tanto em serviço quanto as de reflexões teóricas, são desenvolvidas a partir da lógica problematizadora, com atividades que tenham efeito direto e indireto sobre as demandas inerentes ao campo da saúde. As dinâmicas dessas atividades ficam sob responsabilidade de docentes, tutores e preceptores.

Os docentes são profissionais vinculados à instituição formadora que respondem pelo eixo teórico e teórico prático previsto no PPC, sendo que o mesmo pode exercer o cargo de Tutor de campo e/ou de núcleo. As atividades destes tutores caracterizam-se por orientações acadêmicas de preceptores e residentes, estruturadas preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. As funções dos preceptores de núcleo e de campo caracterizam-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

As atividades de Núcleo são atividades realizadas a partir das ações e funções inerentes a cada profissão, diferentemente das de campo, as quais competem ao exercício da interdisciplinaridade. Obtém como foco os dispositivos da Clínica Ampliada, desenvolvendo a implantação de Planos Terapêuticos Integrados (PTS); construção de Linhas de Cuidado através de protocolos clínicos, fluxogramas, sistemas de Referências e Contra-referências; 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; 2013)

Atualmente, estão vinculados ao programa 25 docentes distribuídos por ênfase do programa e áreas de concentração e 90 preceptores das diversas áreas e campos de atuação. Os tutores são docentes e/ou preceptores que estão vinculados conforme as áreas. Ao todo, estão vinculados 105 residentes, sendo que destes, 57 com atividades desde 2014 e 48 com início das atividades em 2015.

3.1.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes convidados para a pesquisa foram os docentes do CCS/UFSM integrantes da RMISPS, das seis linhas de concentração. Inicialmente, realizou-se uma aproximação à coordenação da RMISPS para a apresentação do projeto de pesquisa, bem como, para o reconhecimento do quadro de docentes integrantes do programa no período de coleta de dados e a sua distribuição nas áreas de concentração.

Com isso, pode-se conhecer a dinâmica das atividades dos docentes do Programa com vistas a realizar a observação sistemática destas atividades. Como **critérios de inclusão** para a coleta de dados estabeleceu-se: ser docente do quadro efetivo vinculado ao CCS/UFSM e estar atuando em uma das seis áreas de concentração da RMISPS há mais de um ano no período da coleta de dados, subentendendo que estes docentes melhor compreendem a realidade e a formação dos residentes, encontrando-se ambientado com as práticas educativas. E, como **exclusão**: aqueles que estiveram em licença para tratamento à saúde ou em férias no período da coleta de dados.

O total de docentes integrantes da RMS eram 25, desses, apenas 17 respondiam aos critérios de inclusão e exclusão, dessa forma, buscou-se uma representação mínima de cada núcleo profissional e área de concentração, sendo selecionados por um sorteio. O número de participantes ao todo foi de 13 profissionais entre homens e mulheres, em que o fechamento das coletas aconteceu por redundância de informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Estas ocorrem quando os temas comuns começam a aparecer, e progressivamente sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno (GASKELL, 2005). Uma vez que a pesquisa qualitativa busca compreender o aprofundamento, a

abrangência e a diversidade de compreensão sendo uma amostra satisfatória aquela que reflete as múltiplas dimensões do objeto em estudo de forma totalizada (MINAYO, 2014).

A coleta de dados foi iniciada com a observação sistemática, a qual foi realizada com oito dos 13 docentes, selecionados por um segundo sorteio. Optou-se assim pela possibilidade de observar com maior aprofundamento o contexto destes docentes. É importante salientar que a seleção dos sujeitos não foi pelo número que estes representavam, porém da preocupação de que esses espelhassem as dimensões do contexto, sendo que o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista (MINAYO, 2013b; 2014). Nesse sentido, a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.

A fim de caracterizar os sujeitos da pesquisa, quanto ao gênero, 12 são do sexo feminino, em relação à idade é possível evidenciar que a idade média foi de 43 anos, sendo que a mínima foi de 31 anos e a máxima de 55 anos. Quanto ao tempo de atuação na Universidade, encontra-se de um ano a 33 anos, no PRMSPS, oito, dos 13 docentes, iniciaram suas atividades junto ao início do programa e, o restante de um a três anos. Em relação à escolaridade, todos possuem doutorado em sua área de formação ou em saúde coletiva.

3.1.4 Estratégias de entrada em campo

A aproximação ao campo de pesquisa, já vinha sendo construída ao acompanhar as disciplinas da RMISPS bem como tutorias e demais atividades já descritas anteriormente como possibilidade de conhecer a realidade e os profissionais que ali atuam. No entanto, para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizado um contato inicial com a coordenação da RMISPS para apresentação do projeto de pesquisa e, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a pesquisadora conversou com a coordenadora e secretária do programa para conseguir os contatos dos docentes selecionados por meio do sorteio. Nesse sentido, antes de contatar os docentes sorteados, foi encaminhado um e-mail a todos pela Coordenação da RMISPS para que soubessem que a mesma estava ciente da pesquisa bem como para a mestrandia ser apresentada enquanto pesquisadora.

3.2 TRABALHO DE CAMPO

Considerado por Lévi-Strauss (1975, p. 220) como a “ama de leite” da pesquisa social, o Trabalho de Campo é uma fase central para o conhecimento da realidade. Esta fase,

portanto, trata-se da porta de entrada para o novo, são as perguntas “que fazemos para a realidade, a partir da teoria que apresentamos e dos conceitos transformados em tópicos de pesquisa que nos fornecerão a grade ou a perspectiva de observação e de compreensão” (MINAYO, 2013a, p.76). Deste modo, o Trabalho de Campo permite a aproximação do pesquisador ao contexto e a interação com os atores que conformam a realidade, sendo que na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial (MINAYO, 2014).

Neste tópico abrangem-se os instrumentos utilizados para coleta de dados: observação sistemática e entrevista, sendo que a primeira é feita “sobre tudo aquilo que não é dito mas pode ser visto e captado por um observador atento e persistente, a segunda tem como matéria-prima a fala de alguns interlocutores” (MINAYO, 2013a, p. 63). A coleta de dados ocorreu de março a julho de 2015, sendo que o primeiro mês foi destinado para as estratégias de entrada de campo.

3.2.1 Observação Sistemática

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). 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).

Para operacionalizar a observação sistemática, a mesma foi realizada mediante o roteiro de observação (APENDICE B) juntamente com a utilização de um diário de campo, onde constaram todas as informações, conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que disseram respeito ao objetivo da pesquisa (MINAYO, 2013b; 2014).

As observações foram realizadas durante as Tutorias de Campo e de Núcleo, bem como, nas aulas teóricas, aulas práticas e reuniões em que os docentes estavam mediando junto aos Residentes.

Data	Tipo de atividade	Profissionais/Acadêmicos Presentes	Horário de entrada e saída	Horas observadas
03/04/2015	Tutoria de Núcleo	02 Docentes; R1s e R2s; Acadêmicas de graduação	13h35min – 15h45min	2h 10 min
10/04/2015	Tutoria de	Docente; Preceptora de	9h30min – 11h	1h 30 min

	Núcleo	campo; R1s e R2s		
10/04/2015	Tutoria de Núcleo	Docente; R1s e R2s	13h30min – 16h	2 h 30 min
13/04/2015	Tutoria de Campo	Docente; Apoiador Pedagógico da RMISPS; Tutor de Campo; R1s e R2s	13h45min – 15h45min	2 h
15/04/2015	Tutoria de Núcleo	Docente; R1s e R2s	14h05min – 16h55min	2 h 50 min
22/04/2015	Aula Prática	Docente; R1s e R2s; Acadêmicos de graduação.	13h30min - 16h	2 h 30 min
24/04/2015	Tutoria de Núcleo	02 Docentes; Preceptoras de núcleo; R1s e R2s; Acadêmicas de graduação	13h30min- 16h 30 min	3 h
27/04/2015	Tutoria de Campo	02 Docentes; R1s e R2s.	09h-11h30min	2 h 30 min
27/04/2015	Aula Teórica	Docente; R1s e R2s	17h30min - 19h05min	1 h 35 min
29/04/2015	Tutoria de Campo	Docente; Apoiador Pedagógico da RMISPS; Apoiador Pedagógico da Ênfase; Preceptor de Campo; R1s e R2s	10h - 12h05min	2 h 5 min
01/05/2015	Tutoria de Núcleo	Docente; R1s e R2s.	14h30min- 15h55min	1 h 25 min
04/05/2015	Tutoria de Campo	Docente; Tutor de campo; R1s e R2s	13h40min – 15h 40min	2 h
08/05/2015	Tutoria de Núcleo	02 Docentes; R1s e R2s.	13h45min- 15h45min	2 h
04/05/2015	Tutoria de Campo	Docente; Apoiador Pedagógico da Ênfase; Preceptor de Campo;	08h30min – 11h30min	3 h
15/05/2015	Tutoria de Núcleo	Docente; R1s e R2s; Acadêmicas de graduação	13h30min- 15h30min	2 h
21/05/2015	Reunião	Docente; Secretária de Saúde do Município e assessores; Profissionais dos serviços; R1s e R2s	14h- 17h35min	3 h 35 min
22/05/2015	Tutoria de Núcleo	Docente; R1s e R2s	14h – 15h30min	1 h 30 min
28/05/2015	Tutoria de Núcleo	02 Docentes; R1s e R2s	13h30min- 16h30min	3 h
29/05/2015	Tutoria de Campo	Docente; R1s e R2s; Tutor de campo	09h-10h20min	1 h 20 min
29/05/2015	Tutoria de núcleo	Docente; R1s e R2s	14h-16h	2 h
03/06/2015	Tutoria de Campo	Docente; R1s e R2s; preceptores de campo.	08h30min- 11h30min	3 h
05/06/2015	Tutoria de núcleo	02 Docentes; R1s e R2s; preceptores de campo	13h30min-16h	2 h 30 min

	Total 50 horas
--	---------------------------

QUADRO 1 – Caracterização da Observação Sistemática: data; tipo de atividade; profissionais e acadêmicos da graduação presentes; horário de entrada e saída; horas observadas; total de horas observadas. Elaborada pela Pesquisadora.

3.2.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada é uma técnica desenvolvida a partir de um roteiro combinado de perguntas abertas e fechadas, possibilitando que o entrevistado participante fale sobre o tema proposto, sem respostas já fixadas pela pesquisadora (MINAYO, 2014). Sendo considerada como fonte de informações construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (MINAYO, 2013a).

A entrevista foi realizada de modo individual, face a face, com agendamento prévio de horário e local com os participantes da pesquisa, as quais foram realizadas conforme a opção do docente, com vistas a deixá-lo confortável pelo ambiente que lhe fosse familiar e mantivesse a privacidade. O tempo não foi delimitado e aconteceu conforme a disponibilidade dos participantes. Anterior ao início da entrevista foi solicitada autorização para gravar as informações em um gravador digital, sendo transcritas, posteriormente, na íntegra pela pesquisadora. As entrevistas iniciaram com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguida de uma conversa inicial. Como as mesmas foram realizadas de forma concomitante as observações, a identidade da pesquisadora foi se construindo nas várias instâncias de convivência. Porém, como nem todos os docentes foram sorteados para participar da observação esta conversa inicial fez-se essencial para “quebrar o gelo” e criar um clima mais descontraído de conversa (MINAYO, 2013a). Após este momento, foi lançada a seguinte **questão**: como você percebe a inserção dos residentes nos serviços de saúde? Na sequência, foram realizadas demais perguntas que possibilitassem discorrer sobre o objeto central dessa pesquisa conforme o Apêndice C.

3.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO E DOCUMENTAL

Após a produção de dados, o material bruto foi organizado no *Microsoft Word*® 2010 para análise dos dados a partir da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo (2013b;

2014). Esta etapa do Ciclo de Pesquisa, diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos e articulá-los com leituras teóricas e interpretativas (MINAYO, 2013a).

Para realizar a análise dos dados qualitativos, vários caminhos são possíveis, sendo dependentes da corrente de pensamento a que o investigador se filia (MINAYO, 2014). Nesse sentido, optou-se pela análise a qual Minayo (2014) operacionaliza, com vistas a valorizar os aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico, cultural e relacional onde os discursos circulam.

A autora oferece instrumentos para operacionalizar a análise, sendo que dois níveis de interpretação precisam ser realizados: o campo das determinações fundamentais e o encontro com os fatos empíricos. O primeiro momento interpretativo é realizado na Fase Exploratória do Ciclo de Pesquisa a qual se trata do marco teórico-fundamental para a análise, ou seja, o plano da totalidade ou do contexto, sendo que “o sentido da totalidade se refere tanto ao nível das determinações como a do recurso interpretativo pelo qual se busca descobrir as conexões que a experiência empírica mantém com o plano das relações essenciais” (MINAYO, 2013, p. 354).

Já em relação ao segundo momento interpretativo, o encontro com os fatos empíricos, é o encontro nos relatos dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações. Ou seja, para a autora (2013, p.355) trata-se de “uma específica significação cultural própria do grupo e uma vinculação muito mais abrangente que junta esse grupo a círculos cada vez mais abrangentes e intercomunicáveis da realidade”. Para operacionalizar este segundo momento, a autora sugere os seguintes passos: ordenação dos dados; classificação dos dados e análise propriamente dita.

A **ordenação de dados** compreendeu o momento em que foram transcritos e organizados as informações dos participantes e as observações descritas no diário de campo, ofertando a pesquisadora um mapa horizontal de suas descobertas em campo. Nesse sentido, o material bruto foi organizado no *Microsoft Word* ® 2010, onde se buscou ter uma visão do conjunto e apreender as particularidades do material. Após organizar os dados, seguiu para a **Classificação de Dados**. Neste momento, o processo de construção do conhecimento se complexifica segundo a autora, para isso subdivide-se nas seguintes etapas: Leitura horizontal e exaustiva dos textos e, leitura transversal.

A primeira etapa, diz respeito ao contato com material de campo o qual exige uma leitura do material ordenado, anotando-se as primeiras impressões do pesquisador, e assim, iniciando a busca de coerência interna das informações. Esta etapa permitiu apreender as

ideias centrais transmitidas, os momentos-chave e a postura dos participantes sobre o objeto de pesquisa em foco (MINAYO, 2013b; 2014). Neste sentido, após a leitura exaustiva do material coletado, pode-se, pouco a pouco, construir montagens de estruturas de análise, passando para a segunda etapa: leitura transversal. Assim, nesta etapa houve o processo de recorte de cada entrevista e do diário de campo, sendo separadas por temas, colocando as partes semelhantes juntas, e buscando perceber as conexões entre elas, definindo as unidades de registro, de contexto, segmentos significativos e categorias.

Além disto, para deixar que a leitura fluísse aos leitores deste estudo, buscou-se suprimir no corpo do texto palavras repetitivas como “sabe!”, “né”, “aham”, “hum!”, sem que o sentido da frase fosse modificado. Na sequência, a pesquisadora deixou-se envolver por suas informações e, a partir destas foi marcando com sinais por meio de marcador de texto de diferentes cores até as primeiras convergências contidas em seu conteúdo.

Após este primeiro esforço fez-se um enxugamento das classificações, agrupando em um número menor de unidades de sentido, para assim, buscar compreender e interpretar o que foi exposto com mais relevância e representativo pelos participantes da pesquisa. Pode-se então, refinar os movimentos classificatórios após sucessivas categorizações para, enfim, reagrupá-las em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora (MINAYO, 2014).

Após uma profunda inflexão do material, a **Análise dos dados** compreendeu a fase na qual os dados obtidos foram submetidos a inferência e interpretações a partir de pressupostos teóricos acerca do tema. Para isso seguiu-se a seguinte trajetória: identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto; a busca de sentidos mais amplos atribuídos as ideias; diálogo entre as ideias problematizadas e informações provenientes da fundamentação de outros estudos acerca do assunto (GOMES, 2013).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Primeiramente, entrou-se em contato com a Coordenação do PRMISPS a fim de solicitar autorização para realizar a pesquisa com os docentes 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, registro 039099 e, na Plataforma Brasil sendo o protocolo do projeto de pesquisa aprovado pelo CEP com seres humanos da UFSM sob o nº 40246414.4.0000.5346.

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 N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Em relação a observação sistemática e a entrevista, somente foram iniciadas após a leitura do TCLE (APÊNDICE D) junto ao participante de pesquisa, em que a pesquisadora apresentou a justificativa e os objetivos da pesquisa, se comprometendo em preservar a privacidade e as informações que forem coletadas, garantindo o **anonimato**. Além disto, a utilização das informações será somente para fins científicos, assumindo os preceitos éticos que regulamentam as normas com pesquisa em seres humanos. Após o participante analisar e, concordar com seu conteúdo, foi solicitado a sua assinatura em duas vias, sendo que uma ficou em sua posse e a outra para a pesquisadora. Além do TCLE, as pesquisadoras assumiram o compromisso ético no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E) que foi assinado pelas mesmas, o qual 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.

Para garantir o **sigilo e confidencialidade** dos participantes, estes foram identificados pela letra 'D', por ser a inicial da palavra Docente, seguida de um número arábico (D1, D2, D3 e, assim sucessivamente), não correspondendo a ordem de sua participação na pesquisa. Buscou-se retirar todas e quaisquer características das falas que pudessem evidenciar o núcleo profissional de cada docente. Foi esclarecido aos participantes que estes teriam acesso as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, em qualquer etapa, para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento da participação na pesquisa, respeitando a sua **autonomia**. Ainda, foi esclarecido que a não participação na pesquisa não afetaria no seu trabalho desenvolvido nas RMISPS.

Quanto aos **benefícios**, são de forma indireta aos participantes, pois dizem respeito à melhoria da qualidade das práticas referentes à formação na RMISPS, bem como à qualificação da formação e maior integração entre os profissionais da equipe. Também, foi informado aos participantes que não haveriam custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa.

Quanto aos possíveis **riscos** na participação da pesquisa haveria a possibilidade da mobilização sentimentos de cansaço ou fadiga no decorrer da entrevista pelo fato do docente

falar de dificuldades que decorrem dos seus fatos cotidianos no processo de trabalho, bem como o fato de vir a desencadear constrangimento por ser observado. No entanto, caso acontecesse, a pesquisadora interromperia a entrevista ou a observação para que seja atenuado este momento, e, além disto, poderia orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da escolha do participante da pesquisa.

Ao final da pesquisa, foi elaborado a Dissertação de Mestrado do Curso de Pós Graduação em Enfermagem/UFSM e na sequência, 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. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, será retornado ao grupo da RMISPS a fim de apresentar o relatório final, enfatizando o compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da Análise Temática proposta por Minayo (2014), emergiram três categorias, sendo elas: integração ensino-serviço: movimento dialético no processo ensino-aprendizagem; entre as tramas do desenvolvimento da integração ensino-serviço; e, integração ensino-serviço na formação dos residentes: dificuldades e facilidades. Suas respectivas subcategorias estão organizadas conforme a Figura 3.

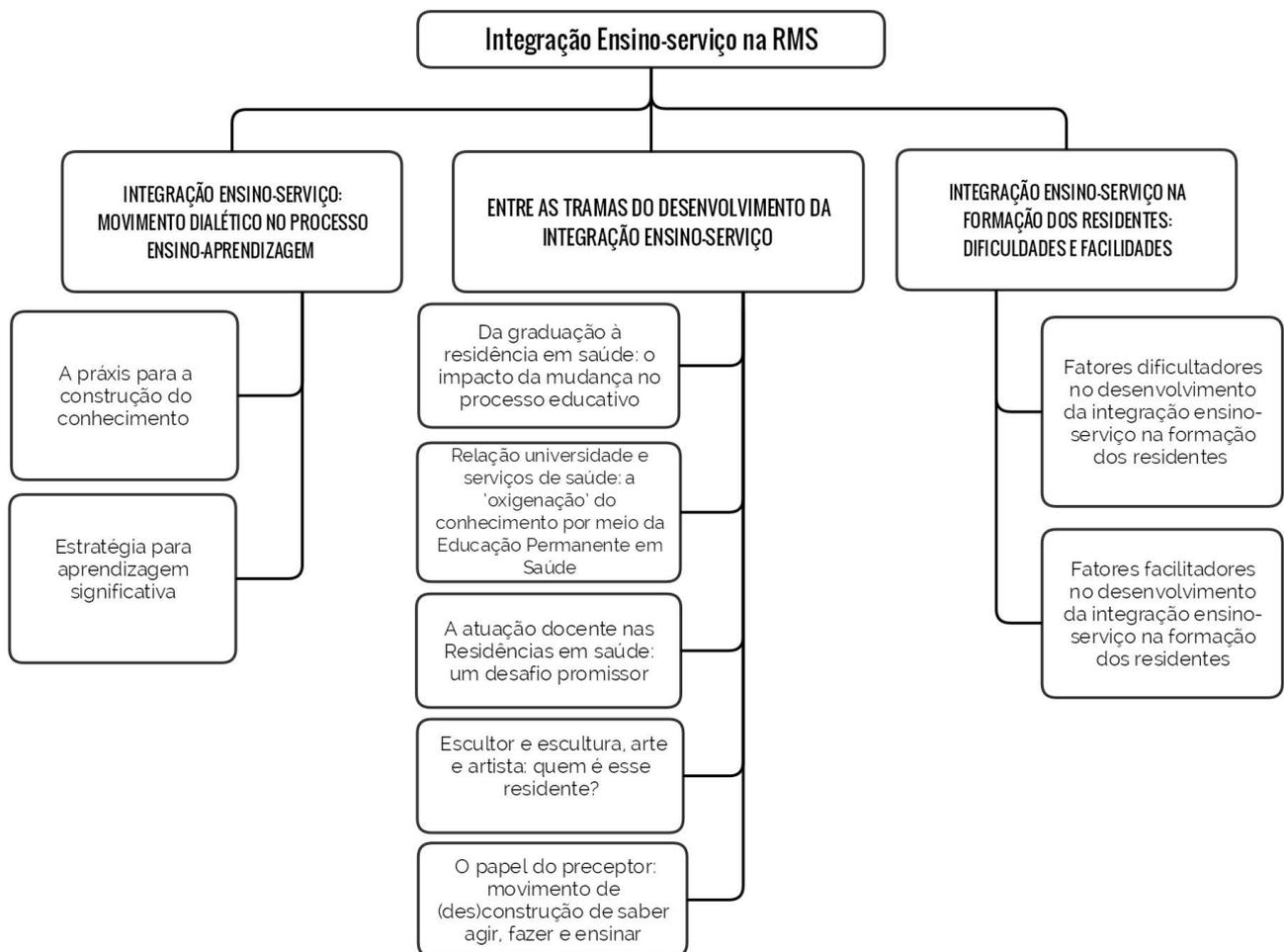


FIGURA 3- Organização das categorias e suas respectivas subcategorias a partir da Análise Temática proposta por Minayo. Elaborada pela pesquisadora.

4.1 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: MOVIMENTO DIALÉTICO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Os temas que permeiam essa categoria emergiram a partir das percepções dos docentes frente a integração ensino-serviço vista a partir da práxis para a construção do conhecimento; e, a integração ensino-serviço como uma estratégia para a aprendizagem significativa.

4.1.1 A práxis para a construção do conhecimento

A integração ensino-serviço ao ser entendida como uma práxis educativa torna-se um elemento para ou o próprio processo de construção do conhecimento que (re)cria as condições para a transformação do mundo do trabalho, determinando finalidades e guiando as ações educativas para o encontro com o coletivo. Assim, no contexto da formação dos residentes, considera-se a educação e a assistência em saúde como dois aspectos indissociáveis de um mesmo processo:

A Integração Ensino-serviço é justamente trazer para dentro dessas discussões que nós fizemos aqui na residência que traz elementos teóricos, mas trazer muito da vivência desses alunos no serviço. Então, discutir as dificuldades que eles têm das suas ações nos serviços, mas não apenas as dificuldades, até mesmo como eles podem desenvolver melhor esses serviços na atuação junto ao paciente. (D3)

Na saúde, sem essa integração não existe aprendizagem. Porque você tem que ter a teoria, da teoria você vai na prática, na prática você vê o que não aprendeu na teoria, daí tu volta para a teoria e retorna para a prática. Então, esse retorno, esse referencial do SUS é justamente isso, e nós na saúde, nenhuma das áreas da saúde consegue aprender se não faz essa interação. (D9)

Hoje em dia nos temos tantas possibilidades de intervenções e essa possibilidade de estar no serviço. É bem essa minha perspectiva de integração na formação profissional: fazer esse elo com a formação do aluno e o trabalho. Então eu via sempre muito essa questão de levar o aluno para a comunidade. De ele, o aluno, ir aprender junto com a comunidade, de ali ser um futuro campo de trabalho dele e ele vislumbrar como um campo de trabalho. (D13)

Nesse sentido, a integração entre o ensino e o serviço, ao ser concebida como algo não estático, corrobora com Vásquez (1990) ao enfatizar que a práxis é um contínuo movimento de percepção, participação, ação-reflexão, direcionado por um projeto político e histórico em seus momentos de ação. Sendo, dessa forma, uma prática nem puramente teórica, mas que requer um constante vai e vem de um plano ao outro, sendo ativa, flexível e criadora ao longo do processo educativo, expressando a unidade entre a teoria e a prática. O movimento de

alternância entre a prática e a teoria possibilitada pela RMS enfatiza a importância de ir além a falsa visão da dicotomia teoria/prática, mas a possibilidade de construir e desencadear momentos e movimentos de ação-reflexão-ação que traduzem a inter-relação teoria-prática (REIBNITZ e PRADO, 2003).

A partir da imersão do residente nas práticas de saúde, pode-se observar nas tutorias de campo e de núcleo, o encontro com ideias e acontecimentos que invadem a teoria a partir da vivência nos cotidianos dos serviços. O que agencia esse movimento são os saberes produzidos no encontro com o outro articulado com os saberes teóricos. Nas tutorias de campo, em que participavam diversos núcleos profissionais, havia a vivência coletiva a partir da realidade do multiprofissional. Vale, Pagliuca e Quirino (2009) enfatizam a importância dessa vivência para a construção do conhecimento a partir da práxis grupal. A busca pela participação deve ser contínua e implica envolvimento, compromisso, troca compartilhamento entre os diversos atores que participam ativamente dessa formação.

A participação mediada pelo diálogo o leva a uma ação-reflexão na procura de promover a conscientização do indivíduo, com o intuito de desencadear uma ação transformadora, na qual o homem é o sujeito ou agente de mudança social. Ou seja, a práxis educativa, segundo o autor é o desvelamento da realidade que cerca a pessoa/cidadão, seja através de um ato individual ou coletivo, em que os conteúdos, são guiados pelas necessidades das pessoas, pelos interesses próprios com participação efetiva e ação refletida de todos os envolvidos nesta situação (FREIRE, 2011). Essa práxis efetiva-se na ação-reflexão-ação mediatizada pelo olhar e agir crítico e criativo:

A residência é a transformação dessa realidade, é o confronto com o gestor, com o usuário, é esse enfrentamento do drama cotidiano, de às vezes você não ter material, não ter o equipamento para o atendimento e buscar soluções criativas com aquilo ali. Então é uma complexidade dada no cotidiano, é construir redes, é fazer pontes [...] é sair do conforto e ir à busca de novos sentidos, novas possibilidades, de novos encontros. (D1)

Integração ensino-serviço é você conseguir inserir esse aluno em um campo de trabalho aonde ele vai, pela participação dele, ganhar conhecimento, através dessa ação dele, mas no ganhar esse conhecimento ele também consiga fazer a troca pela ação dele lá dentro. (D5)

Nesse sentido, para a efetivação da práxis educativa de acordo com o requerido pela RMS a ação dos residentes nos serviços de saúde podem ser desencadeadas como dispositivos para a análise das práticas reais de saúde. Assim, será premente o desenvolvimento do eixo

central das residências, a EPS. Contudo, para o desenvolvimento da Educação Permanente na lógica de uma práxis para a construção do conhecimento há a necessidade de efetivar a integração entre formação, desenvolvimento docente, a gestão e as equipes de saúde. Com vistas a fortalecer o papel de cada indivíduo no desenvolvimento teórico e prático, a partir de uma participação efetiva questionadora, com ética e uma postura crítica frente ao desenvolvimento do processo formativo.

A contribuição positiva dessa relação entre todos os envolvidos na produção de saúde pode-se ser evidenciada nas observações realizadas. A partir da inserção do residente no serviço, ele se torna potencialmente conhecedor e modificador da realidade em que está inserido, questionando e refletindo sobre as práticas de cuidado. Atua também, como um colaborador na construção de um processo de trabalho condizente com a realidade da população local. Observou-se que diversas vezes o residente trazia para os docentes experiências carregadas de questionamentos e o anseio de modificar a realidade vivida, tornando-se um profissional crítico consciente do ambiente ao qual se encontra inserido.

Conforme relatado por D1, a RMS é desenvolvida a partir da complexidade dada no cotidiano. Para tanto, quando falamos em complexidade, Morin (2008) enfatiza que é necessário reconhecer cada uma das partes que compõe o todo, para assim, restabelecer as articulações entre o que foi separado; para tentar compreender a multidimensionalidade da realidade; para pensar na singularidade com a localidade, com a temporalidade, e para nunca esquecer as totalidades integradoras. Ou seja, trata-se de restituir o movimento da teoria e da prática, possibilitar ao residente que veja os conceitos que permeiam a sua formação relacionando ao que vivencia na prática de saúde.

Nesse sentido, a EPS vista a partir da complexidade da práxis, possibilita tecer junto aquilo que está fragmentado e, por vezes, descontextualizado pela própria formação uniprofissional e unidirecional, voltado apenas para as hiperespecializações. Conforme enfatiza Silva et al. (2010), a EPS amplia e valoriza os conhecimentos do coletivo aos sujeitos envolvidos neste processo. Dessa forma, cria-se um movimento dinâmico e dialético de (re)fazer-se e (re)aprender. Por conseguinte, a EPS pode ser compreendida como um dispositivo para a transformação, de modo que os sujeitos-trabalhadores da saúde se percebam como cidadãos e possam assumir maior controle sobre seu processo de trabalho (SILVA, et al., 2010; BACKES, et al., 2003; RICALDONI; SENA, 2006) além de compreender as interações que permeiam a sua formação.

A construção do conhecimento adquirida no decorrer do processo de formação, por meio dessa ferramenta influenciará diretamente na realidade profissional de cada indivíduo.

Fazendo com que seja construída como um movimento de diálogo e interação a partir de sua potência múltipla, estabelecendo uma relação com a multiplicidade requerida dessa integração. Para tanto, é premente pensar no desenvolvimento do docente para atuar nessas instâncias tendo em vista que este se configura como um ator de importância na formação do residente no programa estudado. Conforme observado nas tutorias e aulas práticas, para a atuação docente é necessário contribuir para o conhecimento multiprofissional (re)construído nesses espaços.

As estratégias didáticas precisam permear esses espaços, indo além do conhecimento frente aos conteúdos ou os temas geradores de discussões. Como enfatizam Ribeiro e Prado (2013), somente o conhecimento sobre o conteúdo não é suficiente. Além deste, faz-se necessário que o professor tenha *expertise* da prática pedagógica, bem como de outros saberes, por exemplo, o conhecimento dos alunos, dos valores educacionais, do currículo e do contexto educativo (SHULMAN, 1986). Dessa forma, entende-se que para atuar nestas instâncias como docente, não basta saber o conteúdo. É preciso saber ensinar de modo que o processo e o conteúdo sejam compreendidos pelo residente (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Dessa forma, ao viabilizar a práxis como ferramenta que potencializa a construção do conhecimento para possibilitar a integração ensino-serviço, todos os atores envolvidos nesta formação necessita haver noções críticas dos fatos reais e das articulações entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática. Visto que a teoria não pode ser compreendida como algo absoluto e, sim elaborada e exercida por meio dos conhecimentos da realidade concretados serviços de saúde mediante ao papel do profissional na prática, de tal modo que são atribuídos como dois elementos fundamentais, trabalhados de forma íntegra, constituindo uma unidade no processo de formação do residente multiprofissional e em consequência do docente.

4.1.2 Estratégia para aprendizagem significativa

A concepção de integração ensino-serviço pelos docentes participantes do estudo considera que o contato vivenciado nos serviços de saúde proporciona uma reflexão crítica ao vivido no cotidiano das práticas, além de investigar e instigar a própria prática, tanto do docente quanto do residente, configurando um novo saber fazer, um novo modo de conhecer e aprender. A partir da aprendizagem cotidiana nos serviços de saúde a integração ensino-serviço pode ser desenvolvida a fim de compreender as complexidades e as intersubjetividades das práticas de cuidado:

Para pensar esse sujeito do hoje [...] Eu sei que tem um protocolo, eu sei que existe literatura, mas eu vou trabalhar com a característica daquele sujeito que está para além daquela literatura e que está hoje no cotidiano daquele serviço [...] Quer dizer de que lugar está acontecendo isso para que eu possa entender? Então isso é integração ensino-serviço. (D1)

Basicamente uma compreensão do que o outro faz e o que eu posso fazer, para integrar na minha área com o aprendizado do meu colega, seja do enfermeiro, seja do fisioterapeuta, tudo que podemos fazer e aprender em conjunto. (D7)

É reinventar formas de cuidado, é reinventar formas de aprender a aprender. E aprender cotidianamente com os diferentes sujeitos nas complexidades, nas subjetividades, nas intersubjetividades. É a aprender a reinventar soluções para a vida cotidiana e também a aprender a fazer novas perguntas. (D10)

Desse modo, a integração ensino-serviço pode ser vista como uma estratégia de reorientação da formação, na medida em que proporciona aprendizagens significativas e, por outro, como um mecanismo para potencializações e melhorias das ações de cuidado em saúde, por meio de um espaço de troca entre o estudante e o profissional (ALVES, et al., 2012). A aprendizagem significativa, segundo os pressupostos da EPS encontra-se alinhados a princípios e diretrizes trabalhados por Paulo Freire (CECCIM, 2005; FLORES, 2011). Para o autor, essa forma de aprendizado dialoga com as experiências de vida das pessoas, além de interrogar e problematizar a partir de uma relação dialógica de ensinar e aprender.

Segundo Ausubel (1982), autor que se destaca pela sua dedicação ao estudo da aprendizagem significativa, essa implica a conexão ou vinculação do que o estudante sabe com os conhecimentos novos, quer dizer, o antigo com o novo. Nesse sentido, sugere-se que os estudantes vislumbrem a aprendizagem como algo significativo para si próprios, pois é necessário que faça sentido para si, efetivando o processo de aprender o aprender. Novak, Gowin e Moreira são autores que também contribuem com a referida teoria de Ausubel, os quais a complementam e ampliam as suas premissas, afirmando que todo evento educativo é uma ação para trocar significados e sentidos, que conduz ao *empowerment* humano (FLORES, 2011; MOREIRA, 1999)

Nesse mesmo sentido, a aprendizagem significativa na PNEPS 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). De fato, o residente acaba participando de novas experiências que configuram as suas

dimensões formadoras, visto que requer noções críticas dos fatos reais e das articulações entre o saber e o fazer. Dessa forma, a integração ensino-serviço vista a partir da aprendizagem significativa seria como um elemento em si mesmo constitutivo de uma nova maneira de pensar a formação. Não se tratando de transformar o espaço dos serviços e comunidade em extensões dos hospitais e demais serviços de saúde, mas sim, de construir espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes à produção de serviços em cenários reais (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

A integração ensino-serviço pode ser considerada como um dispositivo capaz de produzir aprendizagem, que contém elementos capazes de influenciar e de modificar de maneira significativa os modos de ser, pensar e agir das pessoas e consequentemente, influenciar nas ações dos profissionais e das práticas de saúde, e que articula os profissionais dos serviços, preceptores, tutores, residentes, comunidade nas suas práticas cotidianas. Nas observações realizadas, pode-se perceber que os docentes questionavam os residentes acerca do fazer das práticas, mobilizando o residente a pensar frente as suas ações. Esses momentos eram desencadeados a partir de autores que trabalhavam sobre o assunto que estava combinado para o encontro ou, também, a partir de algum problema vivenciado no cotidiano dos serviços.

À medida que os residentes vivenciavam os problemas do cotidiano, aproximaram-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da EPS. É neste tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que é utilizado o dia-a-dia das práticas de saúde como cenário de reflexão para a transformação das mesmas. Isto ocorre quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local (BRASIL, 2014; BRASIL, 2005).

Segundo Morin (2008), o humano não pode ser visto como um ser isolado/separado/fragmentado do contexto/ambiente onde se encontra. A partir das suas múltiplas dimensões, o ser humano age/reage/interage com o outro e com o universo, construindo uma teia de complexas relações humanas. Desse modo, o ser humano está interconectado entre as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si. Estabelecendo, dessa forma, inter-relações consigo, com o outro e com o universo a sua volta.

Assim, profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa (PEDUZZI et al., 2013). Este movimento, por sua vez, tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da

atenção à saúde. Dessa forma, para transformar as práticas e as concepções vigentes Ceccim (2005) enfatiza que é preciso problematizá-las além do abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, com o intuito de que as práticas desenvolvidas se aproximem dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais princípios do SUS.

Corroborando com estes aspectos, os docentes compreendem, de um modo geral, a integração ensino-serviço vista como um processo complexo e fundamental para a formação dos residentes a partir da integração nos serviços e a efetivação das políticas públicas nos serviços de saúde:

Então, tem o ensino que está proporcionando a ação e muitas vezes propondo ações novas. Então, a parte do ensino vem para acrescentar no serviço, e o serviço dando o retorno pela vivência e experiência desse aluno lá dentro. (D5)

É integração. Ou seja, é aquilo que está lá na Lei 8080/90 de que o serviço público, ou seja, os serviços de saúde, não só público, são espaços naturais, reais, para se aprender praticar, para fazer saúde. (D6)

[...] é a inserção desse profissional no serviço público, então a amplitude é maior nesse entendimento sobre a necessidade de formar um profissional integrado a realidade. (D12)

A relação do ensino com o mundo real do trabalho, como um movimento em busca da articulação dos contextos da universidade com o do serviço, aparentemente desconectados, busca superar os velhos modelos de ensino incapazes de cumprir o seu papel de formação de indivíduos capacitados para responder às necessidades da população de forma qualificada (ALBUQUERQUE et al., 2008). Nesse sentido as RMS, apoiadas na educação em serviço, se aproxima ao que Merhy (2005) evidencia ao relatar que todo o processo que esteja comprometido com as questões da EPS tem de ter a força de gerar no trabalhador e no seu cotidiano de produção de cuidado em saúde, transformações da sua prática.

As RMS se apresentam como uma importante estratégia para viabilizar a integração ensino-serviço a fim de repensar o processo de produção de saúde, por meio da formação de sujeitos críticos e de criação de espaços de representação profissional e movimentos sociais para o processo de construção do SUS (CECCIM, 2010). A mola propulsora do processo de formação, como enfatiza Albuquerque et al. (2008), trata-se do estudante, ou aqui, residente em saúde, refletir sobre sua ação e realidade na perspectiva de uma aprendizagem crítica e

reflexiva. A proposta dessa integração amplia espaços de discussão para uma produção cooperativa, coletiva, integrada.

Para isso, conforme o depoimento do participante D1 anteriormente citado, os residentes reinventam formas de aprender, corroborando com o processo de construção do conhecimento da aprendizagem significativa a qual se estabelece de forma individualizada e correlacionada com a aprendizagem prévia, que o sujeito carrega em seu repertório cognitivo (GOMES et al., 2008; BUCHWEITZ, 2001). As experiências trazidas por cada indivíduo que participa deste processo é de fundamental importância para que a aprendizagem aconteça de modo efetivo e duradouro, consistindo, assim, em aprendizagem significativa (AUSUBEL, 2015; HASSAD, 2003; KEARSLEY, 2006).

O aspecto supracitado legitima a Resolução que normatiza os programas de RMS. Esta enfatiza que os PPCs precisam prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas. Por isto, é preciso mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, reconfigura-se o papel do docente nos campos de atuação da RMS. Como foi observado nas tutorias e nas aulas teóricas, o docente não é o detentor do saber ou o que apenas repassa o conhecimento ou as informações. Nesses espaços os docentes realizam papel de mediadores, oportunizando o diálogo e instigando os residentes. Para isso, enfatiza-se a importância do pensamento crítico na formação do profissional de nível superior, com estratégias de ensino que possibilitem o estudante a aprender a aprender.

Dessa forma, o movimento dialético possibilitado pelas RMS, de ir e vir entre a prática e a teoria, entre a construção e a reconstrução do conhecimento, ofertada por meio da aprendizagem significativa, possibilita aos profissionais da saúde a compreenderem o seu lugar na assistência ao usuário e, principalmente, na efetivação do requerido pelo SUS. Morin (1999) enfatiza a importância de construir um conhecimento com o outro, a partir de uma cultura que permita ao ser humano compreender sua condição humana e ajudá-lo a viver, favorecendo, assim, um modo de pensar aberto e livre, ou seja, um ensino educativo, cuja missão do docente e dos demais implicados nessa formação não é transmitir um simples saber.

4.2 ENTRE AS TRAMAS DO DESENVOLVIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Essa categoria permeia as instâncias que compõe o desenvolvimento da integração ensino-serviço nas RMS a partir do analisado das falas dos docentes. A graduação em saúde e o modo que afeta o desenvolvimento da integração nos espaços da Residência Multiprofissional; a relação entre o docente e o residente com o preceptor; a importância de compreender o papel do residente nos serviços de saúde e nas universidades; a relação entre a universidade e os serviços de saúde; e, a importância do docente no desenvolvimento da integração ensino-serviço, por meio das suas atividades e atuações no cotidiano de ensino dos residentes em saúde.

4.2.1 Da graduação à residência em saúde: o impacto da mudança no processo educativo

Os docentes relatam que um dos fatores que implica diretamente no desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes é o impacto ocasionado pelo estranhamento da proposta pedagógica ofertada pela RMS. Para o desenvolvimento da Integração ensino-serviço é necessário reconhecer o papel de cada um nas práticas de cuidado, porém, o residente obtém como base uma formação dicotômica, linear e uniprofissional, não compreendendo as relações que permeiam a prática real do mundo do trabalho.

Eu observo que eles entram na Residência muito “cru”, mas se tu colocares na graduação muita formação, muita vivência, ele vai chegar com outra mentalidade, quer dizer, ele vai partir dali para cima, ele vai ter muito mais para contribuir. Então, a nossa responsabilidade com o ensino é muito grande para formar profissionais para o nível da pós-graduação. (D2)

[...] tem uma diretriz curricular desde o começo do século XXI, desde 2002, mas quase nenhum curso avança, coloca lá disciplina, mas não significa que forma. Coloca disciplina teórica, mas depois não tem prática, coloca uma disciplina teórico-prática que depois também não vai vincular com o território, não vai vincular no serviço [...] ensina técnica, ensina técnica, ensina técnica, ensina técnica rígida, aquela que dá dinheiro e depois que se formam, o que vai rolar? Vai para o serviço público e vai para o serviço público fazer a técnica mais restritiva. (D6)

É movimento de construção e desconstrução. Porque o aluno da Residência quando vem para a tutoria está muito angustiado frente a todo esse novo e, na graduação ele não tem disciplinas que possam estar direcionando para esta nova realidade. (D10)

As Políticas Públicas de Saúde demandam transformações conceituais, técnicas e ideológicas para alterar práticas e organização nas práticas de saúde, além da mudança cultural em relação ao modelo de assistência e sistema público brasileiro. O ponto em questão é o destaque para a educação como ferramenta para transformação das práticas em saúde e de (re)organização dos serviços, seja em um trabalho articulado com as instituições de ensino nas graduações e pós-graduações voltadas para futuros profissionais da saúde, seja no desenvolvimento de pessoal já inserido no serviço (BATISTA, 2013).

Historicamente, o acúmulo teórico e conceitual das iniciativas, os avanços e os desafios para a consolidação do SUS, as críticas ao esgotamento do modelo da medicina científica e da pedagogia tradicional impulsionaram a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Esta trata de maneira específica do ensino e fixa as diretrizes e bases para a educação sendo fundamentais para a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 1996).

No ensino superior da área da saúde, a LDB veio a corroborar para a concretude do debate acerca da necessidade de uma formação mais crítica, flexível, da mesma forma que o SUS contribuiu para a compreensão da emergência de uma formação conectada ao perfil epidemiológico regional (MENEGAZ et al., 2014), configurando um novo desafio para a formação. Além disso, as DCN estabelecem as competências e habilidades gerais comuns a todas as áreas em relação a atenção á saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (GONÇALVEZ, et al., 2010; MENEGAZ et al., 2014).

Embora existam as DCN, que colocam o sistema de saúde vigente, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde como premissas a serem consideradas na formação do profissional de saúde, isto ainda não se concretizou (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 2003; BRASIL, 2002). As falas dos docentes participantes desta pesquisa também expressam essa realidade. Um novo modo de se pensar e ensinar em saúde deve vir acompanhado de políticas voltadas para mudanças na formação em saúde que consigam envolver todos os atores implicados (gestores de saúde e educação, docentes, controle social) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O modelo de formação fragmentador dos saberes e práticas em saúde, voltado para as especialidades, vai de encontro a integralidade, que se constitui como eixo norteador para o alcance do amplo atendimento e necessidades de saúde da população e, ao mesmo tempo, constitui um desafio na construção do SUS (MATTOS, 2010). No entanto, a mudança na

formação em saúde necessita ser revista desde a graduação, sendo (re)pensado como um local de construção crítica e reflexiva sobre o papel de cada profissional.

Observou-se que durante as aulas teóricas, os residentes das diversas áreas de atuação e núcleos profissionais sentiam dificuldades para desenvolver o trabalho multiprofissional ou ainda refletir criticamente frente ao vivido nas práticas de saúde. Ainda que, o docente instigasse e provocasse os residentes a pensarem estratégias que pudessem solucionar os problemas enfrentados, por meio da EPS, eles se sentiam como “estranhos no ninho” por não terem essa vivência durante a graduação, ou seja, os modos de ensinar de forma problematizadora e o protagonismo ativo.

Albuquerque et al. (2008) enfatizam que apesar das possibilidades existentes nos espaços de integração ensino-serviço na área da saúde, que utiliza os serviços da rede pública como campo privilegiado para as atividades práticas, a inserção nos serviços durante a graduação se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos. Contudo, o residente, ao se deparar com a carga horária excessiva de práticas, com espaços de tutorias e preceptorias para contextualizar a realidade como um campo de construção de (re)conhecimento, percebem a nova demanda que requer que ele assuma um fazer diferenciado que agregue conhecimentos a partir do encontro com o outro.

O perfil profissional desejado como resultante do Ensino Superior não é apenas o de bons ou excelentes técnicos, mas o de trabalhadores para o SUS, sensibilizados por ações de cuidado que reafirmem a garantia do direito à saúde (PINHEIRO, 2003). Ao compreender a formação como um processo (MORIN, 2008) é necessário refletir o modo como os serviços de saúde interferem na mesma. Desde a graduação, esses espaços são ocupados para que o futuro profissional da saúde compreenda o seu papel e importância nos serviços.

Soma-se a isto, as RMS se fundamentam sobre o saber-ser, saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver. Têm-se, assim, em mente que a articulação de saberes da formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e as experiências de trabalho e social (qualificações tácitas), que são mediadas pela dimensão ético-política, referem-se às especificidades do trabalho em saúde (DELUIZ, 2001).

Por outro lado, é necessário reconhecer que estes espaços são ambientes de aprendizagem e, para isso é necessário a implicação de cada ator que compõe os serviços de saúde. Ou seja, requer que o docente, que também são frutos desse contexto (SALDANHA et al., 2014) problematize não apenas com o estudante, ou o residente, mas principalmente com os profissionais que ali atuam, afim de sensibilizar para o reconhecimento da sua importância

nessa formação. Anastasiou (2006) ressalta que para o processo de 'ensinagem' acontecer é necessário identificar alguns momentos como a mobilização para o conhecimento, a fim de articular a realidade concreta com clareza dos objetivos pretendidos.

Além dessas questões, há uma notável influência da formação uniprofissional vivenciada na graduação no desenvolvimento da integração ensino-serviço nas RMS. O modelo pedagógico-hegemônico de ensino na educação superior é pautado na especialidade clínica, com enfoque na transmissão de conteúdos e especialidade, de maneira compartimentada/fragmentada, a qual não valoriza o aprendizado por meio da prática real do serviço de saúde (DOMINGOS, 2012). Os docentes enfatizam que a multiprofissionalidade é um desafio constante no processo de ensino-aprendizagem da RMS.

A Residência possibilita uma visão diferenciada, multi e não uniprofissional e, trabalhar multiprofissional de forma interprofissional é muito difícil, porque as pessoas não foram formadas para isso. (D2)

Eles vêm de uma graduação que não te dá esse olhar multiprofissional, a graduação te dá um olhar uniprofissional, muitas vezes dicotomizados, alienado completamente ao sistema de saúde vigente do país. (D8)

O que eu tenho percebido é que na verdade eles vêm de um curso de graduação que não os preparou suficientemente. Eles não têm uma base e acabam estranhando bastante todo o contexto ou a proposta pedagógica da Residência. Desde a questão de se integrar multiprofissionalmente, de conversar com outras profissões, quanto especificamente fazer um trabalho dentro do serviço, olhar o serviço com aquele olhar de saúde, não somente do seu núcleo. (D12)

A formação no ensino superior para a saúde é sustentado, ainda, na inadequação das metodologias e dos cenários de ensino-aprendizagem às reais demandas de saúde da população e ao modelo preconizado pelo SUS. Aspecto que exige a aproximação entre universidade e serviço e a adoção de uma abordagem educativa problematizadora voltada para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (CECCIM, 2005; PEDUZZI, 2009).

Durante uma observação de tutoria, um residente relatou para o docente “vimos de uma formação onde eu trabalhava com meus colegas da área. Agora, tenho que reconhecer o trabalho do outro, seja da enfermagem, fisioterapia, odontologia e o que ele pode me auxiliar no cuidado” (DIÁRIO DE CAMPO, 22/05/2015). A partir disso, o docente provocou os estudantes de graduação presentes a fim de que eles já comesçassem a participar de estratégias durante sua formação que permitisse esse contato com o multiprofissional.

Conforme já salientado na fundamentação teórica dessa presente pesquisa, os Projetos Pró-saúde e PET-saúde são estratégias fundamentais na reformulação da formação profissional para que o residente não seja impactado pelo novo, como apontam os docentes em seus depoimentos. Uma vez que a integração ensino-serviço necessita para o seu desenvolvimento, o saber coletivo e a cooperação de todos, é premente compreender a clareza do conceito de multiprofissionalidade e os demais que fazem contraponto com este movimento. Morin (2008) enfatiza que a interdisciplinaridade pode significar troca e cooperação, onde diferentes disciplinas são colocadas em volta de uma mesma mesa, já a multidisciplinaridade se constitui na associação de disciplinas, devido a um projeto ou objeto comum, enquanto que a transdisciplinaridade trata de esquemas cognitivos que podem ir além das disciplinas.

Diante disso, todo profissional de saúde, independente de sua habilidade técnica obtida com sua graduação, atua no âmbito terapêutico, o qual requer o uso da ação de outros profissionais e/ou serviços de saúde (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009). Para efetivar projetos terapêuticos da integralidade é indispensável uma ética “entre-disciplinar”⁷ e, além disso, isso não significa que o parceiro da equipe vai reproduzir a formação acadêmica adquirida por certo núcleo profissional. Mas com esse conhecimento, o outro pode dar conta de melhorar sua relação com o usuário, conseguir ouvir melhor e potencializar suas ações (CAMPOS, GUARIDO, 2010).

A integração ensino-serviço compreendida como eixo do processo pedagógico, que integra a universidade aos serviços de saúde, privilegia o estudante/residente, seus conhecimentos, expectativas e experiências no processo de ensino-aprendizagem (SOUZA; CARCERERI, 2011). O conteúdo programático do curso é elaborado de acordo com a prática em situação real de ensino e com o ambiente de trabalho. Portanto, o estudante tem a oportunidade de unir seus conhecimentos à prática do serviço e, assim refletir sobre seu papel e suas atitudes junto à comunidade e aos demais que estão a sua volta (MORITA, HADDAD, 2008; PEREIRA, RAMOS, 2006; YODER, 2006).

4.2.2 Escultor e escultura, arte e artista: quem é esse residente?

⁷ Ceccim (2010) utiliza essa expressão para enfatizar a importância de ir além da atuação em equipe multidisciplinar e de maneira interdisciplinar, mas que estas devem se colocar sempre no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões e não se colocando sempre em um lugar privativo e, não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada.

Segundo os docentes para o desenvolvimento da integração ensino-serviço é necessário que o residente e os trabalhadores de saúde (re)conheçam e (re)pensem no papel do residente dentro dos serviços de saúde. O tempo que o residente se encontra no serviço faz com que ele tenha um duplo papel que, por vezes, é visto como um membro da equipe e se esqueça de que ele é um profissional em formação e, também, pode ser visto como um membro provisório nesses espaços, onde não o compreenda como um ser implicado e corresponsável nas práticas de cuidado.

Existe um dilema assim: o residente é força de trabalho, o residente é formação-serviço. E a gente tem que trabalhar que eles são as duas coisas: ao mesmo tempo que ele é força de trabalho sim, pois ele está imerso no serviço e quer que ele seja tratado como alguém do serviço, implicado, responsabilizado, porque a gente não quer uma consequência no sentido: “eu não tenho nada com isso, eu vim aqui, mas...”. A gente quer uma implicação com uma história de vida, com os profissionais, com os trabalhadores, implicação com aquela rede. (D1)

Eles são técnicos! A atuação deles é como se fosse de um técnico ainda que exista uma vontade muito grande que eles não sejam simplesmente técnicos e que deveria haver essa formação. Eu acho que a questão do ensino ela é muito mais aqui dentro dessas tutorias e das disciplinas da Residência do que na prática deles, diária. Eu vejo que lá eles são profissionais como qualquer outro eles não são profissionais-em-formação, lá, infelizmente. (D3)

O residente tem duplo papel ali (no serviço). Ele tem que fazer a sua formação enquanto residente. Portanto, ele tem que sair um especialista e, ele não tem outro jeito se não é executar as tarefas da sua área e fazer as atividades de sua profissão, mas fazer e ao mesmo tempo ser estudante. E ao mesmo tempo fazer a crítica do serviço em que ele está. Então, essa integração ela tem um limiar muito tênue, porque ou o residente cai na rotina do serviço e se torna um servidor, ou ele se afasta e fica um estranho. (D4)

Historicamente, as RMS emergem em um cenário de lutas pela efetivação do SUS. Como uma forma de educação em serviço, elas movimentam, por meio da EPS, os trabalhadores que estão alocados no cotidiano das práticas de saúde e, com isso, (re)configuram diversos aspectos. Para a efetivação da integração ensino-serviço necessita que cada um reconheça o seu papel enquanto sujeito implicado nesse processo. Porém, de acordo com os docentes, a função dos residentes ainda não está clara. Afinal, quem é esse residente? Qual o trabalho dele? O nome dessa subcategoria é trazido por D1 ao falar que do mesmo modo que o residente está no cotidiano de serviço como residente em formação, ele está se tornando um artista daquele trabalho e auxiliando a esculpir as formas de se trabalhar

em equipe. Entretanto, ele também é a arte em cena. Ele é um eixo central nesse movimento, um potente para a (re)construção dos saberes e, principalmente, para a efetivação da EPS.

Oliveira e Guaraschi (2010) ressaltam que o estabelecimento de relações com os colegas e com as instituições de ensino/saúde exigem a percepção da tensão e da resistência presentes em toda a relação de poder. Sendo que a opção pela formação de um pensamento diferenciado e implicado na ressignificação do cotidiano das práticas é o convite ao abandono da espera da revolução e opção pelo movimento constante, contínuo e não fechado. Ainda, ressaltam que o ataque a ser feito não diz respeito as estruturas externas de controle e avaliação das práticas, mas essencialmente às ideias que nos conduzem à modificação ou perpetuação das práticas.

Nesse sentido, torna-se constante o atravessamento dos desafios vivenciados nesse novo campo de formação. Ainda há o despreparo dos trabalhadores que recebem o residente nos serviços de saúde e, também, do próprio residente em reconhecer o seu papel e funções. As RMS modificaram a visão de Residência que havia em âmbito nacional e internacional, a exemplo da Residência Médica. Os residentes que estão alocados nessa formação são vistos como trabalhadores e, por vezes, não vivenciam a sua formação com acompanhamento constante de um preceptor, tutor ou docente. Esse aspecto foi enfatizado no V Encontro Nacional de Residências em Saúde⁸, que, por meio da Carta de Florianópolis (2015) os profissionais de saúde (residentes, preceptores, tutores e coordenadores) reivindicam a presença efetiva do preceptor e tutor na formação do residente.

Ao pesquisar sobre o tema das RMS em periódicos nacionais e anais de eventos, percebe-se um grande número de relatos de experiências dos próprios residentes multiprofissionais e, principalmente da sua inserção e atuação nos serviços de saúde. Dentre esses, Meira e Silva (2011) relatam que ao serem inseridos na unidade de atuação se questionavam “O que viemos fazer aqui? Por onde podemos começar? Será que estamos fazendo certo? O que os trabalhadores de saúde esperam de nós? E o que podemos oferecer?”. Ainda, ao narrarem as expectativas dos trabalhadores frente as suas atividades: “O que vocês vão fazer agora? Como vai ser o trabalho de vocês?” Nesse mesmo sentido, profissionais da Educação Física relataram que o processo de trabalho obteve diversos desafios pelo desconhecimento da atuação dos mesmos nas práticas de saúde. E, que para o esclarecimento

⁸Realizado nos dias 28 a 30 de outubro do ano de 2015, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, na Universidade Federal de Santa Catarina. Obteve como tema central “o desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS.

das possibilidades de atuação o diálogo tinha de ser constante com a equipe (CORRÊA, et al., 2014).

Esses relatos enfatizam não somente o desconhecimento do papel do residente multiprofissional, assim como o da atuação de “novos” núcleos profissionais nos campos de práticas de saúde. Odontologia, educação física, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, farmácia, fonoaudiologia são núcleos de conhecimento que historicamente não faziam parte do cotidiano dos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica. Ainda que a enfermagem e fisioterapia já houvesse uma grande atuação nos serviços de saúde, mesmo assim, sofrem com os problemas enfrentados frente ao desconhecimento do seu papel enquanto residentes.

Colocar profissões novas em locais que nunca tinham atuado, sem aquele profissional ali dentro. Foi assim com a Terapia Ocupacional, foi assim com a Educação Física, foi assim com a Odontologia em locais onde não tinha dentista. Enfim, são profissões que não estão no processo de trabalho das equipes e, portanto, tem o estranhamento, tem uma cobrança, tem um desconhecimento do que faz, e aí deu vários ruídos, várias questões e vários progressos também. (D4)

Morin (2000) enfatiza que as especializações não se comunicam umas com as outras. Há uma justaposição de compartimentos que faz esquecer as comunicações entre estes conhecimentos especializados, fazendo-os isolados e esquecendo que os grandes problemas são transversais e multidimensionais. Para isso, é necessário ter um conhecimento que religue as partes ao todo e, evidentemente, o todo às partes. No entanto, as RMS não objetivam de certa forma, religar os saberes para, assim, conseguir efetivar os princípios e diretrizes do SUS? Evidencia-se a necessidade de esclarecimento às equipes que irão receber esse profissional quanto ao seu papel e seu objetivo na unidade. O aperfeiçoamento dos modos de inserção do residente nos cenários de prática profissional poderá contribuir, não só para a otimização do processo de EPS, mas, principalmente, para a melhoria do cuidado prestado nas instituições (DRAGO, et al., 2013).

Nascimento (2014) aponta para essa relação híbrida estudante-trabalhador como uma violência simbólica, podendo ser percebida quando os residentes não eram tratados como profissionais pelos demais atores da Residência, dentro de uma modalidade de formação pelo trabalho. Desse modo, como os residentes não tinham vínculos efetivos com as instituições, na hierarquia da Residência, eram vistos como passageiros e tratados como “agentes frágeis”.

Ainda assim, a falta de autonomia dos residentes e sua dependência direta de supervisão revelam o dilema de ver o residente como um profissional (uma vez que é graduado) ou estudante (já que está em processo de formação especializada) (DRAGO, et al., 2013).

Tratando-se da integração ensino-serviço, esse aspecto tem influência direta no desenvolvimento da mesma, visto que a operação principal dessa relação está em traçar um eixo central na formação, com vistas a convergir as atuações de cada um e fomentar a implicação de todos. De certa forma, o resultado esperado seria ampliar a potência coletiva produzida por cada relação, através da aproximação de sentido e não mais da compreensão da vivência do singular (DELEUZE, 1988). Entretanto, o papel do residente enquanto agentes provisórios nas práticas de saúde possibilitam que os mesmos reconheçam diferentes cenários de práticas, além de beneficiar a oxigenação e o amadurecimento das práticas de gestão e cuidado a serem desenvolvidas (OLIVEIRA; GUARASCHI, 2010).

Dessa forma, para a efetivação da integração ensino-serviço como prática pactuada e que reconheça a complexidade no todo, essa atuação do residente se faz fundamental. Porém, os docentes enfatizam que essa relação de provisoriedade é um aspecto que pode vir a influenciar no desenvolvimento de interação entre os trabalhadores de saúde:

O que eu sinto é que tem sempre essa lamuria de que “é difícil ser entendido como alguém da unidade” e eu sempre tenho que discutir isso com eles: “vocês tem que entender que vocês são provisórios” e essa condição de provisoriedade ela cria uma proteção e não vai tanto porque ninguém tem essa coisa de se jogar de cabeça e é isso que vale, é isso que a gente tem que: agora está valendo. Embora, meu esforço é: viva aqui e agora, dê o melhor de você, faça as coisas acontecerem, entenda qual é aquilo que mais te encanta desse lugar para que você use isso no cotidiano, para você ter proficiência quando você estiver fora daqui. (D6)

Às vezes, o aluno se perde na Residência porque ele é um aluno, está em formação e ele quer fazer milhões de coisas e “ah vamos fazer um Plano Terapêutico Singular para essa paciente, mas vamos fazer como, eu não vou poder apresentar de médio, longo prazo.” Daí eu digo: as ações a médio e longo prazo vão depender das ações que você fizer agora a curto prazo. (D8)

O que eu vejo acontecer é que os residentes vão nos serviços e acabam implantando situações, atividades, ações, estimulando novas atividades dentro dos serviços e o meu medo é: sai a Residência, o serviço vai manter aquela atividade? Porque o residente vem com uma carga teórica muito grande, e ele quer fazer as coisas acontecerem, ai ele chega lá e acaba ele sendo protagonista de uma criação de uma atividade de alguma coisa realizada com o usuário e ele não vai aprender como faz, ele acaba ensinando, eu vejo acontecer isso, posso estar errada mas é o que eu percebo. (D12)

De certa forma, essa situação dificulta a relação entre o trabalhador de saúde, o residente e o contato com o docente. O residente não “deixa correr na veia” aquilo que ele está vivendo na experiência cotidiana. Além do mais, ao serem inseridos nos serviços, no início da sua atuação, eles chegam com força de vontade e desejo de mudança, o que ocasiona o trabalho solitário, não realizando a integração ensino-serviço.

Entretanto, pode-se observar que esse fator limitador no desenvolvimento da integração ensino-serviço, foi diminuindo a partir do contato intenso e diário do residente nos campos de atuação. Em algumas tutorias observadas, o docente convidava o preceptor do campo ou de núcleo para participar das discussões, além disso, o docente enfatizava a importância de compreender o papel do residente e respeitar as cargas horárias referentes a sua formação (carga horária complementar; trabalho de conclusão de programa; apoio matricial, dentre outros). Mas em certos momentos também se pode perceber que por mais que o docente ou o residente convidasse os preceptores, eles não compareciam.

Em um estudo desenvolvido por Mendes et al. (2011), enfatizam que por mais que esse contato intenso favoreceu a apropriação do espaço do seu núcleo de formação dentro da equipe de trabalhadores, a curta permanência, vivenciada pela dinâmica de rodízios prejudicou a interação com os profissionais fixos da unidade e, por vezes, com os residentes de cada grupo. Para que esses aspectos sejam minimizados faz-se necessário uma avaliação constante entre todos os envolvidos no processo de formação, de forma clara e que possua sempre como eixo central a formação do residente.

4.2.3 Relação universidade e serviços de saúde: a ‘oxigenação’ do conhecimento por meio da Educação Permanente em Saúde

Segundo os docentes, a relação entre a universidade e os serviços de saúde, faz com que os profissionais que estão em atividade se envolvam na construção do conhecimento, produzindo de forma coletiva e de acordo com a necessidade local. Para isso, é importante que exista uma abertura de ambos os lados e um diálogo uníssono para que compreenda o papel de ambos e enfatize a necessidade de conjunto. Ou seja, um diálogo que se efetive entre os atores em concordância de uma formação qualificada.

Para a integração ensino-serviço funcionar tem que haver uma grande abertura dos dois lados, tanto de quem quer se inserir quanto de quem está recebendo. Porque se você não tiver essa empatia aí as coisas começam a ficar um pouquinho mais difícil. (D5)

As reuniões para todos os grupos estarem juntos, tutores e preceptores, isso é muito importante para a gente estar se conhecendo agora. [...] eu acho que está começando a caminhar e conhecer os outros profissionais que estão atuando, compartilhar “ah que bom que você está atuando aqui, vamos ver isso juntos, que bom que eu posso trabalhar contigo”. Então, a gente sente isso, a necessidade do conjunto, os profissionais estão sentindo essa necessidade. (D7)

[...] isso oxigena também o serviço (a relação entre o residente e o serviço). Porque tu possibilita, não somente o residente a estar produzindo conhecimento, mas que as pessoas se envolvam também nesse processo. Eu acho que é positivo também porque instiga o gestor público a pensar algumas questões e o papel da universidade dentro do serviço. Acho que a universidade assume essa responsabilidade junto ao governo municipal, no sentido de tencionar tudo isso. (D10)

A residência veio a contribuir nos serviços aqui do município, porque ela acaba mexendo com a zona de conforto e grande parte dos preceptores que estão, não somente do meu núcleo, mas de todos. (D12)

Os programas de RMS, ligadas diretamente às necessidades dos serviços de saúde e as universidades, enfatizam a importância de promover um mundo social e político os quais podem ser potencializados por meio da EPS. Essas relações se diferenciam tanto no plano das relações, que passam a envolver não somente o docente e o residente, mas com os usuários, equipes de trabalho e estudantes de graduação, quanto no plano dos conteúdos, onde se integram as questões éticas, morais, psicológicas, ligadas às relações sociais estabelecidas (GARCIA, 2001).

A aproximação ao cotidiano pode permitir tornar a educação significativa, base da EPS, na medida em que, pela vivência de situações, objetiva-se conjugar o processo indutivo de conhecimento ao processo dedutivo, mediado por conceitos sistematizados em sistemas explicativos globais, organizados numa lógica socialmente construída e reconhecida como legítima. Procura-se também, pelo cotidiano, possibilitar o questionamento das práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir (GARCIA, 2001; PINTO; FORMIGLI; RÊGO, 2007).

Nesse sentido, a universidade considerada como um espaço pluricultural é perpassada por uma intencionalidade teórica, prática, técnica, política e ética (ASSOLINI; RIVAS; LASTÓRIA, 2011). É construída por uma teia de relações que possibilita produção de

sentidos, pelas relações que torna possível a produção espaço-lugar da formação (CUNHA, 2009).

Conforme enfatiza Morin (2002), a universidade depara-se a um duplo papel: adaptar-se à modernidade e integrá-la, responder às necessidades fundamentais de formação, proporcionar ensino para as profissões técnicas e outras. Além disto, a universidade introduz na sociedade uma cultura que não é feita para sustentar as formas tradicionais do aqui e agora, mas defender, ilustrar e promover no mundo social e político, valores intrínsecos à cultura universitária como a autonomia da consciência e a problematização.

Com base nas ideias desses autores e, relacionando com o proposto pelos programas de RMS, a universidade, enquanto instituição formadora necessita oficializar uma parceria com as instituições executoras, ou seja, os serviços de saúde (BRASIL, 2010). Sendo que esse vínculo é primordial para o desenvolvimento das mesmas, pois, considera-se as RMS como programas de pós-graduação lato sensu, e, em obediência à LDB, que determina que os programas de educação superior devam ser ministrados em instituições de ensino superior.

Os resultados evidenciados neste estudo apontam que a possibilidade de estarem integrados nos serviços de saúde, os docentes compartilham o saber pedagógico ao saber técnico. A partir dessa oportunidade, há um benefício mútuo para a construção do conhecimento, modificando a lógica dos serviços de saúde serem apenas como laboratórios de práticas para a formação profissional, mas como um lócus para a transformação do conhecimento compartilhado. Pelos momentos observados, percebe-se que os docentes captaram importantes elementos constitutivos desse novo modelo, especialmente no que diz respeito ao trabalho multiprofissional e as relações que permeiam essa formação.

As aulas não acontecem na universidade, acontecem nos serviços. E os preceptores fazem parte do corpo didático destas disciplinas, o que de alguma forma nos obriga a estudar, a discutir e a pensar e também nos compromete no sentido de que as suas práticas tem de estar articulada com aquilo que eles estão desenvolvendo lá no momento da sala de aula, a sala de aula é um serviço.
(D1)

O que nos discutíamos aqui era levado para o serviço, não simplesmente “ah os problemas dos serviços são trazidos para cá” não, existe esse feedback então acredito que isso que a gente estava fazendo hoje na tutoria, de rever as situações de alta, daqui a duas semanas marcar uma reunião com o serviço, a gente também esta contribuindo para o serviço que apoia as residentes.
(D3)

Eu vejo que a universidade vai abrindo brechas para que haja uma transformação dessa realidade. Mas, o papel (da universidade) é a produção de conhecimento, é instigar. Eu sempre digo que o município que possui uma universidade próxima ou no local do território do município ele está sempre um passo a frente da vida contemporânea que a gente tem visto. Até o próprio processo de agregar os jovens nessa realidade local. Ou seja, a gente está sempre em processo de arejamento desta realidade, através da pesquisa, extensão e ensino. (D10)

Conforme enfatiza Garcia e Khater (2012), o ensino inserido no cotidiano do trabalho implica um processo complexo de transformação das políticas de formação profissional que avançam da mera modernização curricular, no sentido de uma nova concepção filosófica e sociopolítica de sociedade, ultrapassando conteúdos e matérias pré-definidas, pressupondo o compromisso com a realidade de saúde. Esse compromisso corrobora com o desafio da complexidade trazido por Morin (2000), o qual reside no duplo desafio da religação e da incerteza. É preciso religar o que era considerado separado e ao mesmo tempo aprender a fazer com que as certezas interajam com a incerteza, ou seja, esse processo implica entre outros princípios, a relação dialógica para afrontar realidades profundas que, justamente, unem verdades aparentemente contraditórias.

Esses elementos de problematizar, como proposto pela EPS e, de religar, como afirma Morin (2000), caminham juntos. A universidade necessita abarcar as questões a partir da realidade local, de acordo com as Políticas Públicas, envolvendo aqueles que estão nos serviços de saúde e colocar como eixo orientador a importância de atender a demanda de acordo com os problemas vivenciados seja a nível nacional, estadual ou municipal. Faz-se importante enfatizar esse aspecto, pois, a universidade enquanto locus privilegiado de construção de conhecimento, muitas vezes encontra-se distante da realidade. Essa aproximação precisa que tanto o docente quanto os profissionais que estão na prática não criem (ou mantenham?) um isolamento nas suas práticas. Tratando-se de áreas de saúde, esse contato se faz primordial e fundamental para a construção do conhecimento.

No momento em que eu vou me distanciando demais da clínica, vou me distanciando demais dos sujeitos, eu vou voltar ao dilema da cátedra que o sujeito ficava encastelado em uma torre de marfim, pensando estratégias mirabolantes que o homem cotidiano não necessitava e as coisas que ele necessitava a cátedra simplesmente não sabia dar conta porque estava distante demais dele. Então assim, é na praça, é na rua, é no território, é no serviço, é no calçadão, a academia ela tem que sair do conforto da sala de aula para ir para o território. (D1)

Neste sentido, segundo Paim (1993), no trabalho em saúde, as relações sociais encerram e reproduzem as contradições e possibilidades da totalidade social de que são parte. As práticas de saúde, como as práticas educativas, não são mero reflexo das práticas sociais, mas a constituem, reproduzem e transformam a totalidade social, participando da produção social. Assim, é o espaço da intersubjetividade, o possível de um modo mutante de fazer saúde, como também de educar, ambos intrinsecamente relacionados (GARCIA; KHATER, 2012).

Lidar e problematizar o cotidiano do trabalho é um processo complexo que exige revisão e reflexão constante e interdisciplinar. A EPS tem como seu conceito a educação no trabalho e para o trabalho e, a partir disso, gera o processo ensino-aprendizagem no cotidiano, obtendo como pressuposto pedagógico os múltiplos fatores das práticas, centradas nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho (LOBATO, 2010) e da academia, no caso das RMS. 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).

Durante as tutorias de campo, muitas delas ocorridas nos serviços de saúde, observou-se que o preceptor trazia as atividades que estavam combinadas para o semestre, enfatizando a importância da implicação dos residentes e a dos estudantes em aulas práticas ou campos de estágio. A partir disso, essas atividades eram avaliadas após a sua realização, enfatizando a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, como espera-se que a EPS promova (SILVA, 2014). Nesse sentido, as falas dos docentes vem ao encontro da EPS, a qual constitui o cerne da RMS e pode ser considerada como uma estratégia fundamental às transformações do trabalho, por mais que ainda necessite de um diálogo uníssono.

4.2.4 O papel do preceptor: movimento de (des)construção de saber agir, fazer e ensinar

Os docentes relatam que a relação com o preceptor é uma questão de confiança, por serem eles que estão vinculados aos residentes nos serviços de saúde e mediam os elementos que balizam a formação desses, ou seja, a reflexão por meio das ações cotidianas. Porém, nem todos os preceptores estão preparados para atender essa realidade na perspectiva multiprofissional ou nem mesmo conhecem o seu papel dentro da formação do residente ou no próprio serviço. Sendo assim, os preceptores desempenham um papel fundamental no movimento de construção e desconstrução junto ao residente, tanto de sua auto-formação

quanto de ação nos serviços de ensinar ao residente o que ele sabe e aprender com ele por meio da troca e da reflexão.

Isso é importante: o preceptor de núcleo tem que estar e vivenciar os problemas ou as falhas que acontecem porque no momento que tu tem esse preceptor dentro do serviço, ele sabe dizer para o tutor, que tipo de ações podem ser coordenadas para que aconteça [...] E em função dessa visão dela, de onde estavam os pontos críticos, é que a gente então, eu, como tutor, coordenei a viabilização das necessidades que a preceptora indicou, isso é fundamental. Eu sem ela não faria nada. (D5)

[...] às vezes, a gente (relação residente, preceptor e tutor) briga um pouquinho, mas é só um pouquinho, assim no sentido de discutir qual a melhor estratégia, o melhor encaminhamento “não, vai fazer matriciamento para lá” “mas professora, o matriciamento para lá a gente já sabe que é assim, assim, assim” está bem. (D8)

É uma relação, uma questão de confiança: as preceptoras estão atuando lá, eu estou atuando aqui, quando temos alguma dúvida a gente se conversa, se contata pelo whatsapp, e-mail, telefone e vai dando certo. (D9)

O preceptor obtém um papel fundamental na relação pedagógica e como facilitador do processo de ensino e aprendizagem dos residentes nos campos de atuação, na medida em que se encontra em interação constante com estes. Neste Programa estudado, o preceptor de núcleo e de campo caracteriza-se por realizar supervisão direta das atividades práticas desenvolvidas pelos residentes nos serviços de saúde. Exercido por um profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Para tanto, ele deverá estar presente no cenário de prática, necessariamente, no mínimo um turno por semana (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

Conforme apontam os docentes, o preceptor se constitui como um facilitador do processo, obtendo, papel fundamental junto ao docente, para auxiliar o residente no seu aprendizado. Neste sentido, o preceptor desempenha a função de educador, pois ele identifica as oportunidades de aprendizagem, os cenários nos quais os residentes poderão atuar e, com isso, torna sua prática uma possibilidade para ensiná-los. Seu desafio é, então, favorecer condições de desenvolvimento técnico e ético nos cenários de prática (BOTTI; REGO, 2011).

Corroborando com as observações sistemáticas realizadas, os preceptores intermediam as tutorias de campo e/ou de núcleo, encadeando os problemas vividos no cotidiano da prática, junto com o auxílio do docente para efetivar a relação teórica e prática. É, nesse

contexto, que o preceptor possui uma forte relevância na condução do processo de ensino e aprendizagem, pois ele também orienta, direciona o residente à sua formação e compartilha experiências (BOTTEI; REGO, 2008; 2011).

Entretanto, associar as práticas assistenciais às de ensino é uma atividade complexa, principalmente se tratando de uma Residência Multiprofissional, cujo preceptor é responsável por residentes de diferentes categorias profissionais e com necessidades de aprendizagem distintas (AUTONOMO, 2015). Nesse sentido, Ribeiro e Prado (2014) ao refletirem sobre a prática educativa dos preceptores nas Residências em Saúde, enfatizam que ele precisa dispor de um repertório que o ajude a tornar o conhecimento acessível ao residente e que auxilie a promover uma práxis em saúde, que mobilize a um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo. Isto decorre porque o preceptor media os aspectos teóricos e práticos da formação por meio de sua prática clínica, levantando problemas e instigando a busca de explicações (MISSAKAI; RIBEIRO, 2011).

Os docentes relatam, também, que o preceptor aprende junto e, a partir desse contato com a academia, potencializa o olhar sobre as suas práticas de saúde, questionando e refletindo sobre as suas atitudes e competências.

Então, a gente tenta também colocar um pouco de panos quentes nessa relação que as vezes elas ficam um pouco estressada assim. Acho que isso tem ajudado bastante, porque elas se veem mais dentro do serviço, elas se sentem mais próximas das preceptoras [...]. (D3)

Eu acho que a Residência vem mexer essa zona de conforto. Tem gente que reage mal e não quer sair e tem gente que “nossa, nunca tinha pensado nisso”. Eu tinha preceptoras que diziam isso: “como eu estou aprendendo enquanto preceptora”. Ao invés de ser preceptora que ensina, ela esta aprendendo junto com o residente. (D12)

A docente D12 continua ao enfatizar a oportunidade de troca e de (des)construção no saber agir e ensinar:

Eu sempre acreditei na possibilidade de que ao ter a oportunidade de discutir, que esse preceptor pudesse rever as suas concepções tradicionais. E isso aconteceu, na maioria das vezes aconteceu, de uma forma ou de outra, mais lento ou mais rápido, de uma forma mais sutil ou mais evidente, havia a percepção, eu tenho a percepção que havia a vontade de fazer algo diferente. Dificilmente era algo que fosse muito resistente. E nada que uma boa conversa, a gente retoma, conversa bastante, não possa ajudar a rever e a gente a se rever também enquanto docente (D12).

Conforme enfatiza Silva (2014) as preceptorias constituem-se espaços interssetores 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. Nesse sentido, a estes cenários de produção do cuidado e produção pedagógica ressignificam a educação na saúde e propõe esta como uma relação além do ensino e aprendizagem.

4.2.5 A atuação docente nas Residências em saúde: um desafio promissor

No Programa estudado, em alguns núcleos de saber, os docentes realizam papel de tutoria de campo e/ou de núcleo, mas também, de preceptores. Apesar de concordarmos que para essa última função deva ser voltada àqueles que estão com vínculo na instituição executora, ou seja, profissionais ligados aos serviços. Conforme as falas dos docentes, a atuação nas RMS ainda pode ser considerada como um desafio, porém promissor, visto que ele pode continuamente estar aprimorando seu conhecimento ao estar ligado a diversos profissionais, de múltiplos núcleos de conhecimento e, também, mais próximo aos serviços de saúde.

No momento que eu estou trabalhando com essa rede, interferindo, eu também estou interferindo o meu processo de trabalho, também estou revisando o meu processo de trabalho. (D1)

A gente acaba conhecendo a realidade dos municípios, como está estruturado os serviços, como tem funcionado, isso ajuda muito a gente a amadurecer, abre a nossa cabeça, conhecer uma unidade de saúde até para trazer para dentro da aula obviamente, porque acompanhando tu tem informações reais para trazer para dentro da academia. Então, o aluno acaba conhecendo a realidade de saúde, de vários municípios e o locais que antes nós não tínhamos como mostrar e mostrar para o aluno a realidade que ele vai encontrar depois, hoje não, hoje a gente tem o conforto até como funciona, o que o aluno vai encontrar, vai procurar. (D2)

Hoje, eu acho que vivo mais a Residência do que meus compromissos aqui. Esses eu já tenho, não noto mais como um desafio, eu dou as minhas aulas, eu atendo os alunos, como sempre fiz com carinho e adoro fazer. Eu já estou em um tempo que falta uns 10, 12 anos para me aposentar e isso para mim tem sido um desafio agora que me incentivou novamente e estou mais disposta. Eu me sinto mais recompensada, mais produtiva, me sinto mais reconhecida e eu vejo a importância com esses pacientes que a gente atende com o pessoal de campo cada um dando sua ideia, a gente vê aquela paciente [...] então, isso é muito compensador. (D11)

A residência veio mexer comigo, veio me inquietar, veio me ajudar a manter as minhas inquietações [...] no meu caso, me alimentou, me energizou para continuar batalhando com as coisas que eu sempre acreditei. (D12)

A atuação dos docentes nesse Programa possibilitou o estímulo a reflexão frente as suas práticas, com vistas a torná-las adequadas no sentido de favorecer a formação para o SUS. Os docentes afirmam que a integração entre os serviços de saúde e a universidade, potencializado pela RMS, favorecem não somente a readequação de suas práticas no ensino superior lato sensu, quanto nas suas demais atividades, contribuindo para torná-las mais coerentes com as necessidades do serviço e da população e, assim, adequando-as aos ideais da formação em saúde.

Os docentes ao estarem imersos no contato com os serviços de saúde, eles tornam as suas práticas mais condizentes com a realidade do trabalho em saúde (FONSECA, et al., 2014). Além do mais, quando estão imersos no cotidiano do trabalho multiprofissional, eles estão contribuindo para as inovações pedagógicas na formação em saúde ao desempenharem sua profissão de forma mais contextualizada e de maneira interdisciplinar (MASETTO, 2003).

Trazendo a concepção de professor aprendente, Oliveira (2006) esclarece que a figura do professor é historicamente pensada como aquele que é responsável pelo ensino, pela mediação, como aquele que ensina. Entretanto, o docente é considerado aprendente no momento em que não se coloca como detentor do conhecimento, que não supõe saber tudo, colocando-se como uma pessoa em constante aprendizagem, que se dá continuamente a partir da reconstrução reflexiva da sua experiência docente. Assim pensando, colocar-se como aprendente pressupõe também o encontro entre as pessoas, as interações e inter-relações estabelecidas na docência e, sendo assim, condizente com a perspectiva do trabalho nas RMS.

Frente as crescentes transformações na formação profissional, principalmente com o requisitado pelas RMS, os docentes necessitam ser cada vez mais provocados e questionados frente ao seu modo de atuação, pela sua importante implicação nessa formação. Assim, conforme enfatizam os docentes, esse cenário modificou sua forma de atuação, motivando-o, mobilizando-o, provocando-o o seu saber e fazer. Sobre a prática de docentes do ensino superior em sala de aula, Pimenta (1999) ressalta que os saberes da experiência são somados ao que é produzido no cotidiano por esse profissional. Isto reflete sobre sua prática, mesmo que não se reconheçam como tal essa reflexão acontece e assume maior força quando começam a entender seu papel como docente.

A autora ainda complementa, que os saberes pedagógicos podem colaborar diretamente com a prática se forem mobilizados a partir dos problemas que essa coloca, enfatizando a íntima vinculação entre a teoria e a prática (PIMENTA, 1999). O papel do docente neste campo de atuação é de facilitar a mudança e a aprendizagem. Conforme Rogers e Rosenberg (1977) a aprendizagem depende do tipo de atitude existente na relação interpessoal entre o docente e o aprendiz (residente).

O docente carece ser uma pessoa “autêntica e vivencial, no sentido de ser e viver os sentimentos e pensamentos de cada momento; saber escutar com empatia; apreciar e respeitar o estudante e, sobretudo, confiar sinceramente na capacidade potencial do estudante de crescer e aprender”, se lhe for propiciado um clima de liberdade e apoio. O docente, nessa perspectiva, precisa ser um mediador do processo de produção do conhecimento, isto é, um agente de informação e de transformação pela sua capacidade de ligar e religar os saberes. Para tanto, necessita ter conhecimento do que vai ensinar e pela habilidade didático-pedagógica articular e ampliar o conteúdo programático de acordo com a realidade. Logo, não existem receitas prontas no processo ensino-aprendizagem. Existem, metodologias que precisam ser conhecidas e bem abordadas, adequando-as às diferentes situações e indivíduos (BACKES, et al., 2010).

A necessidade de provocar alterações na formação dos profissionais da saúde com vistas à qualificação da atenção à saúde, principalmente aquela ofertada pelo SUS, está diretamente relacionada com a atuação docente nesses espaços. Relacionado as RMS, o docente possui um importante papel de orientação pedagógica afim de acompanhar e orientar o residente na sua formação. Entretanto, esse docente não possui um papel de protagonista, mas sim de interlocutor juntamente com os demais atores como já foi enfatizado nas categorias anteriores: o estudante de graduação, os trabalhadores dos serviços de saúde incluindo a equipe de gestores e o preceptor, sobre o eixo central que é a formação do residente.

Os espaços de tópicos especiais das aulas eles são também espaços de discussão a gente não faz só... Não, é só aquela modalidade de aula no desenho da base de aula tradicional, é claro que tem também, tem que ter. Mas preferencialmente são espaços colegiados, dialogados aonde um facilitador vai até lá e discute, propõe, instiga, conversa e escuta... O residente tem possibilidade de se expressar nesses espaços, de colocar suas experiências de tentar trazer aquilo que ele viu da clínica hoje de manhã, de ontem ou um caso que ele experimentou e articula com aquilo que o autor de ponta está dizendo, ou aquilo que um autor consagrado está dizendo, ou até desconstruir o que o autor mais tradicional disse a partir da experiência teórico prático. (D1)

Trabalhar as questões de forma mais prática, então tentar identificar quais são as dúvidas, quais são os problemas enfrentados no dia a dia e tentar solucionar esses problemas nessas discussões. Mas ao mesmo tempo essas discussões acabam desencadeando alguns elementos que a gente nota eu estão ainda deficientes na formação dos residentes. Então, a gente, nós, enquanto docentes, lançamos essas temáticas para serem trabalhadas ou até mesmo retrabalhadas dentro desse trabalho na residência. (D3)

Vejo e percebo a partir da fala dos residentes, a dificuldade que os outros profissionais também tem de fazer esse olhar multiprofissional. Então, a tutoria de núcleo, hoje ela tem serviço para dois grandes processos: um é produção a partir do olhar do núcleo nessa perspectiva multiprofissional dentro da tutoria, e a gente está revisitando textos, experiências da área, com as bases das áreas de concentração e, também, ser um espaço de acolher conflitos, sentimentos, angústias, percepções frente a toda dificuldade estrutural que também está implicada na formação do aluno, no atendimento. (D10)

O papel do docente nas RMS é de possibilitar espaços na universidade e, potencializar nos serviços de saúde, que contemplem a dialogicidade e a reflexão, como foi enfatizado por D1 e observado durante as aulas teóricas, em alguns momentos os trabalhadores dos serviços de saúde, participavam dos encontros para relatarem o vivido ou sobre o seu processo de trabalho, a convite dos docentes, potencializando o fazer EPS e a integração ensino-serviço. Assim, pode-se observar que a docência no ensino superior, não constitui um processo centrado na pessoa do professor. Porém, requer o envolvimento efetivo e afetivo do estudante, como autor e protagonistas de sua própria história. Para tanto, uma metodologia participativa estimula a criatividade e a iniciativa e tornam-se ferramentas indispensável para a atuação docente em vista da aprendizagem e da formação profissional do residente.

4.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES: DIFICULDADES E FACILIDADES

Os docentes apontam fatores que podem vir a dificultar e facilitar o desenvolvimento da integração ensino-serviço no processo pedagógico do residente, bem como, estratégias que tendem a auxiliar essa articulação. Esses fatores podem ser vistos como limitações a serem superadas para o desenvolvimento efetivo da integração ensino-serviço enquanto prática pactuada e coletiva de produção de saúde ou avanços que irão contribuir na (re)construção do conhecimento a partir do contato com o outro nas RMS.

4.3.1 Fatores dificultadores no desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes

Esta subcategoria compreende os fatores dificultadores que, segundo os docentes, limitam o desenvolvimento do processo pedagógico na RMS. Dentre esses fatores, encontra-se os relacionados diretamente a implicação das pessoas que estão inseridas nessa formação (docentes, residentes, preceptores, gestão, tutores, equipes de saúde) frente às propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.

A Residência é um desafio contínuo, ainda mais que a gente não tem essa coisa tão... Não está assumida. O fato de a Residência ser do Centro de Ciências da Saúde e não de um curso específico, ela tem essa possibilidade de interdisciplinaridade, mas também tem a possibilidade das pessoas não assumirem, que é o que acontece, e já aconteceu com algumas profissões que tiveram que sair por não ter professor tutor naquela área. Então, a gente trabalha com essa instabilidade sempre muito grande. (D4)

A maior dificuldade, no meu ponto de vista, são as pessoas. Não é a legislação! A legislação é clara. Ela é bem tranquila como tem que ser. As políticas são objetivas tem lá aqueles “chororos” e tal, mas você olhou no “chororo” e sabe o que tem que fazer! A questão é que as pessoas fazem de um jeito minimizado, de um jeito pouco comprometido. É mais conversa para boi dormir que de fato deveria ser, do que está preconizado. (D6)

Ninguém está muito interessado. Parece que só querem fazer o seu trabalho. [...] Eu acho que quem é mais carente dessa integração que, às vezes, está frágil, são os pacientes que estão internados, que ninguém lembra deles. (D11)

Eu sinto bastante falta de os tutores que são os professores, harmonizarem, eu não digo de chegarem em um consenso de unanimidade até pelas diferenças das nossas formações. Mas, eu sinto uma falta de harmonia entre os propósitos de cada um de nós, professores, a gente não tem se encontrado para discutir em conjunto. (D12)

Segundo os docentes, a falta de implicação das pessoas que estão envolvidas no processo de ensino e aprendizagem, compromete o desenvolvimento da integração entre o ensino e o serviço. Nas observações realizadas, pode-se perceber que este aspecto era recorrente nas falas dos residentes e dos docentes, ao trazerem que havia dificuldades de comunicação e/ou de interação com os membros das equipes e, também, com os demais atores da residência. As relações fragmentadas fragilizam a implicação efetiva dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo em que representa um desafio, também reforça a

necessidade da implementação eficaz da política de EPS, eixo central das RMS. Essa superação se faz necessária, pois, conforme evidenciado pelos docentes, há pouca abertura para o diálogo, para a escuta, para a integralidade e para a construção coletiva.

Sabe-se que os profissionais de saúde convivem, diariamente, com um sistema de saúde complexo, que possui serviços com rotinas e regras extremamente travadas e burocratizadas e que impedem o movimento dinâmico e integrado das práticas em saúde (ARRUDA, et al., 2015), e, em consequência da formação nessa área. Sendo que esta, além de englobar conhecimentos específicos, clínicos e do SUS, necessita compreender e abarcar a produção de subjetividade (CECCIM, FEUERWERKER; 2004; LIMA et al., 2015).

Sob este ponto, Merhy (2005) enfatiza a importância do envolvimento coletivo para a transformação das práticas e dos serviços oferecidos à população. Sendo que a fragmentação dessas relações tende a provocar desinteresse, alienação e a falta de responsabilidade nos profissionais de saúde (BRASIL, 2005b; CAMPOS, 1997). Corroborando com o observado nas tutorias de campo, especialmente quando os residentes relatavam a falta de acompanhamento nos serviços de saúde, tanto pelo preceptor quanto pelo tutor. Este aspecto levou ao fechamento de vagas em certos núcleos profissionais.

Sabe-se que, identificar a necessidade da mudança, buscar novos conceitos e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar o paradigma hegemônico, instalado firmemente dentro e fora das instituições de ensino (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Assim, acredita-se que uma política ativa de transformação nos processos educativos tendem a possibilitar uma melhor articulação entre os centros de ensino e os serviços de saúde. Com o processo de aproximação e construção de compromissos, a responsabilidade pública e a relevância social da universidade serão ampliadas na medida em que trazem para o contexto da educação o conjunto das diretrizes do SUS, em especial com as RMS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Com a educação no trabalho ou por meio de um trabalho educativo, abre-se a possibilidade de que incidam sobre a sua qualidade, os valores educativos da requalificação e do pensamento, da reflexão e do reengendramento. Isto porque se tem em vista a qualidade da vida daqueles que dependem de seu trabalho para ter um melhor viver, assim como o de enfrentamento dos adoecimentos e uma adequada atenção ao morrer (FAJARDO; CECCIM, 2010).

Foi possível observar durante as tutorias e aulas teóricas, que o residente tende a fazer movimentar a vida profissional do preceptor/tutor/docente/equipes de saúde, os quais terão de se apropriar, não somente do PPC do Programa de RMS, mas participar ativamente do

processo pedagógico dos residentes. Assim, é um processo enriquecedor para todos os atores envolvidos, na medida em que produz o efeito dominó em uma equipe que passa a refletir sobre seu processo de trabalho, desacomodando alguns membros, desencadeando conflitos e produzindo mudanças (MEIRA et al., 2010).

Todavia, faz-se importante destacar que a partir das falas dos docentes e das observações, percebe-se a importância de criar espaços de discussão e reflexão sobre os problemas e dificuldades que são vivenciados nos cotidianos dos serviços de saúde que atingem diretamente na formação dos residentes, com vistas a redefinir papéis e responsabilidades. No entanto, conforme relatam, estes espaços são pontuais ou quase inexistentes, elencando outro elemento dificultador para a efetivação da integração ensino-serviço:

A gente vê isso em algumas reuniões em que são chamadas, o geral. E aí tu conheces algumas pessoas. Mas é assim: “ela está participando, fulano está participando”. Então, essa integração dos outros tutores e dos outros preceptores elas geralmente acontecem quando é feito escalas, mas elas acontecem em momentos muito pontuais. (D3)

As coisas ainda são muito pessoais. As pessoas levam para o lado pessoal! Sou eu que estou sendo avaliado, não é a ação, não é o serviço, não é a política pública. Então, essas minúcias e, enfim, é que atrapalham bastante. (D4)

As dificuldades, elas fazem parte do processo. [...] É aquela história: “com o andar da carruagem as coisas se ajeitam”. Mas, se tu parar com a carruagem vai ficar aquela bagunça lá. Então, não adianta tu querer começar e achar que vai estar no ideal daqui a seis meses porque não vai. Não vai estar mesmo. Daqui a 06 meses alguma coisa muda, daqui um ano duas, daqui dois anos mais três, para que lá no final tu conseguir trabalhar como tu achavas que tinha que ser desde o início. Mas, é um processo e tu vai ter coisas que vão mais e coisas que regridem, e coisas que dão certo, e coisas que não, mas esse é o processo. (D5)

Sabe-se que a formação em serviço, possibilitada pelas RMS, objetiva uma transformação no trabalho e suscitando comprometimento de todos os envolvidos no processo para o desenvolvimento da equipe de saúde e do indivíduo. Pode-se observar durante as tutorias de campo, que quando o residente avaliava os preceptores ou vice e versa, em alguns casos eles levavam para o lado pessoal, não compreendendo ou não aceitando as críticas. Porém, não continuavam a discutir sobre esses aspectos, o que levava a uma relação fragilizada e desarmônica.

Nessa direção, torna-se importante a implementação de espaços sensíveis não somente às necessidades do trabalho e da formação do residente, mas das relações que permeiam esses espaços de produção de saúde e educação. Sendo, dessa forma, necessário desenvolver momentos de diálogo para escuta das práticas curriculares em territórios de produção do cuidado, que integrem ensino-serviço-comunidade e discutam os processos formativos em saúde, estimulando o trabalho em equipe, em que saberes, fazeres, poderes e responsabilidades possam ser compartilhados (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

Partindo desse pressuposto e dessas problemáticas, há necessidade de se repensar em como os encontros estão sendo realizados, os modos de se auto avaliarem, bem como o de avaliarem os colegas envolvidos e os sentidos desses momentos. As demandas para as reuniões e momentos de discussão, conforme enfatizam Jaeger e Ceccim (2004), não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde.

Desse modo, transformar os processos educativos por meio da integração entre o ensino e o serviço envolve transformar, principalmente as relações entre as pessoas que permeiam os processos de produção de saúde. Esse fato reforça a premissa de que é possível promover mudanças por meio de intervenções que privilegiem as ações sociais dos indivíduos que, em si, podem desencadear a construção e reconstrução das instituições (LIMA, et al., 2015).

Outra dificuldade que os docentes referiram foi o fato de que os preceptores não estão preparados tanto para atuação multiprofissional, quanto para a importância do seu papel na formação do residente:

Existia uma certa falta de orientação pelos preceptores dentro do hospital, por conta da correria do dia a dia. Então era: “vamos dividir os pacientes”, “tu fica com tais leitos e eu com tais leitos”, mas nada assim “não, vamos trabalhar os leitos e depois nos vamos sentar e discutir esses pacientes que tem dúvida”. A gente fez nesses últimos meses, três reuniões justamente para tentar aproximar e fazer com que as preceptoras, percebessem que eles são alunos em formação. Muitas vezes, elas não sentavam com os residentes para discutir os pacientes para fazer justamente essa questão do ensino. [...] Então, se criou um mal estar com isso, porque as residentes diziam que precisavam dessa orientação e as preceptoras não tinham tempo e não percebiam essa necessidade. (D3)

O que eu sinto deles: “eu quero mão de obra. Eu não quero alguém que me ajude a repensar o meu fazer, eu quero gente para tocar aquilo que eu sempre faço.” Então eu sinto que os

preceptores exceto quem faz uma ou outra ação de campo ampliada, a maioria, dos preceptores estão tocando lá: acolhendo, fazendo curativo, mantendo o tal do grupo que dá um pouquinho de dinheiro que é de diabético e hipertenso, ninguém inventa de verdade um cuidado com criança, um cuidado com adolescente, não se envolve [...] Eu sinto essa grande dificuldade dos preceptores de campo: primeiro que eles não sabem direito o que são e, segundo, que os especialistas também não estão sabendo direito o que eles têm que fazer. Então, o que eles fazem? Eles cobram aquilo que eles sabem fazer, e se abrem pouco para um fazer diferenciado, é isso que eu chamo de minimizado. De fazer ações mínimas. (D6)

O preceptor é muito pontual. Faz-se diferente em cada unidade. Nem todos os preceptores estão preparados também para atender essa realidade na perspectiva multiprofissional. Pelo fato de muitas vezes ele não reconhecer o outro profissional, nem mesmo qual o papel dele dentro do serviço [...] E, esse profissional é extremamente importante para estar fazendo esse movimento de construção e desconstrução constante junto com o aluno (D10).

Considera-se importante os preceptores se envolverem ativamente e continuamente em todas as fases do processo de formação do residente. Esses elementos assinalados pelos docentes, corrobora com o estudo realizado por Nascimento (2008) o qual refere que os preceptores vinculados aos serviços de saúde, por diversas vezes, não se comprometiam com horários e responsabilidades, o que provocava certa desmotivação ao residente. Esse aspecto converge com as observações realizadas pela pesquisadora em uma das tutorias de campo, na qual houve o relato de um residente que procurava profissionais dos demais núcleos para tirar dúvidas, visto que não possuía preceptor. Isto provocava nele um sentimento de solidão. Porém, com a chegada do residente R1, ele conseguiu realizar mais ações no serviço de saúde, bem como de trocar conhecimentos. Em outra tutoria, a residente do segundo ano relata ao docente: “ninguém quer ser preceptor” e “ninguém me quer”. Um aspecto que pode influenciar diretamente nesses relatos é a falta de conhecimento do preceptor frente ao seu papel e as suas competências para a atuação.

Também, há outro aspecto não menos importante que é o fato do preceptor não receber remuneração. Esta não é prevista pelo MEC e o MS, porém, existe a possibilidade dos programas de realizarem pactuação com os gestores locais e solicitarem algum tipo de auxílio disponibilizado. A exemplo disto, tem-se o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no município de Porto Alegre (RS), que de acordo com Fajardo e Ceccim (2010), os preceptores recebem uma Função Gratificada (FG) equivalente a 80% do salário mínimo regional, definida pela Organização como incentivo ao desenvolvimento das atividades de ensino previstas pela Residência, por se responsabilizarem de maneira regular pelas atividades relacionadas ao

processo de ensino, aprendizagem e pesquisa dos residentes. No entanto, da mesma forma que os residentes, os preceptores são avaliados periodicamente em relação a aspectos teórico-práticos e relações interpessoais (FAJARDO; CECCIM, 2010).

Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que participam diretamente da formação dos residentes, como os preceptores, necessitam compreender a importância do seu papel, sendo aspecto primordial para a efetivação da integração entre o ensino e o serviço. A relação residente-preceptor-tutor-docente empreendida nesta formação necessita ser uma relação de corresponsabilidade, de parceria, aliados a construção de uma prática de saúde multiprofissional e condizente com as diretrizes do SUS e as Políticas Públicas de saúde.

Além disso, a participação dos preceptores, junto aos docentes, é de estarem repensando frente às situações problemas e, também, construir e delinear planos. Esse elemento, é enfatizado por Autonomo et al. (2015). Os autores apontam que é necessário que o preceptor conheça e compreenda os objetivos do curso e as atividades que esperam que ele realize, para que tenha condições de preparar a equipe para receber os residentes. Além disso, é preciso que o preceptor: estimule a participação dos residentes no planejamento e execução do processo de trabalho da equipe; reserve um horário para as atividades de preceptoria; mantenha encontros periódicos com os coordenadores, docentes e outros preceptores do Programa com a finalidade de olhar criticamente sua prática.

No entanto, sabe-se que grande parte dos trabalhadores que podem ser preceptores é oriunda de graduações cujos currículos eram ou são fragmentados, organizados por disciplina e que não preparam para docência em serviço, incluindo a orientação de pesquisa (FAJARDO; CECCIM, 2010). Além disso, os mesmos autores ainda apontam que ao passarem a exercer estas funções, acrescidas ao tradicional papel de prestador de serviço em saúde, pode-se evidenciar um grau de tensão conforme a segurança que os preceptores sentem para seu exercício. Com base nesses aspectos, faz-se necessário que os trabalhadores de saúde estejam preparados para exercer essa “nova” função, além de estar sensível para compreender demandas de cada residente, o qual possui características individuais de aprendizado.

4.3.2 Fatores facilitadores no desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes

Esta subcategoria é formada pelos fatores que facilitam o processo de ensino e aprendizagem do residente, bem como, estratégias utilizadas pelos docentes para o desenvolvimento da formação do residente. Dentre esses fatores, encontra-se a possibilidade

de efetivar a integração entre os graduandos e os residentes, por meio de espaços coletivos e pactuados, tanto nos serviços de saúde quanto na universidade os quais estão vinculados:

Tem relação entre o residente e o aluno de graduação e ela é fantástica. A gente tenta trazer os alunos para as discussões nas tutorias para eles perceberem que eles podem ser futuros residentes e na verdade os residentes tem bem menos contato com os alunos que os profissionais, isso é fato e está certo, mas eles se conhecem, eles conversam, eles tiram dúvidas, porque as vezes o profissional não está no andar mas o residente está então, isso acontece volta e meia se referem aos residentes. (D3)

Eu acho que é isso que você tem que fazer: você tem residente-profissional e você tem graduação. Então, eu tento ir onde tem Residência, ir com a graduação para eles terem a oportunidade já de se engajar com o fazer um pouco mais avançado do que simplesmente reconhecer território, identificar demanda. (D6)

Temos construído DCGs que possam aproximar mais o aluno da Residência. Eu tenho oportunizado aos residentes de núcleo fazerem essa atividade junto com os alunos de graduação. A gente tem feito movimentos de grupo de estudo e pesquisa a partir também do núcleo. Nós estamos envolvendo os alunos da graduação com pesquisas cruzadas com os alunos da tutoria e estamos encaminhando um material de um livro também, que é um material, que a gente quer depois que tanto o aluno da Graduação quanto o aluno da Residência tenha acesso que é a experiência do núcleo na Residência Multiprofissional. É a produção de conhecimento que chega até o aluno de graduação para que essa realidade não fique distante. (D10)

Eu criei uma disciplina esse semestre que estará sendo ofertada a partir de agosto, é uma disciplina complementar, uma DCG. Então, são 15 vagas que os alunos [da graduação] vão se inserir junto com a Residência, vão acompanhar as meninas, além das aulas teóricas. (D11)

No primeiro semestre eu tenho a minha disciplina que eu peço para os alunos que visitem os serviços para conhecerem e alguns serviços que já tem residente eu coloco o aluno junto com eles fazendo conversa com os residentes. Eu chamo os residentes para cá [...] para eles conversarem com os alunos que estão saindo, para contar como é a residência, como é o processo de trabalho, qual a diferença entre fazer a residência ou não. Então, está crescendo a vontade de fazer a residência, antes não, mas agora já está mais atrativo. (D12)

Sabe-se que a integração entre as duas instâncias (serviço e ensino) pressupõe a presença de estudantes, docentes, residentes, preceptores em cenários onde há práticas de saúde e serviços de gestão, preconiza-se que os graduandos estejam de certa forma envolvidos com os residentes. Acredita-se que desse modo o graduando poderá reconhecer e

compreender o papel do residente ao conviver/observar a sua prática e percebê-lo enquanto trabalhador de saúde em campos ainda não desbravados anteriormente nas aulas práticas ou estágios. Enfatiza-se que essa relação colabora para a formação tanto do residente quanto do graduando.

Pode-se observar que em diversos encontros de tutoria de campo e/ou de núcleo, os graduandos estavam discutindo junto ações e atividades que o residente estava desenvolvendo junto à equipe de trabalho. Geralmente, eles estavam em campos de estágio, nos últimos semestres da graduação. Ainda, a maior inserção de graduandos foi do núcleo de Enfermagem, Educação Física e Nutrição. Um docente enfatizou que a relação com a Residência ainda era de certa forma difícil, pois os campos de atuação do residente nem sempre eram campos de atuação do graduando. Aspecto que dificulta posteriormente a atuação do profissional no mercado de trabalho.

A LDB, de 1996, estabelece em seu artigo 43 que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas regionais, estabelecendo com a comunidade uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996). Nesse sentido, a relação do estudante da graduação e o residente pode vir a auxiliar nessa aprendizagem. Isto poderá auxiliar o graduando reconhecer a Residência como uma possibilidade de aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional e, também vislumbrar o cuidado multiprofissional. Além disto, compreender as necessidades locais a partir de uma inserção mais uníssona, com vistas a um cuidado pautado na cultura, no sistema e na relação não apenas nos procedimentos técnicos (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010). Esses autores ainda enfatizam que é preciso que os profissionais de saúde tratem, cuidem, acompanhem não a doença, mas os adoecimentos. Com isso, o foco das práticas de saúde sai da doença e se direciona às pessoas no que tange as suas histórias tanto individual e como coletiva, a partir de um trabalho que relacione os trabalhadores de saúde, os acadêmicos da graduação, os residentes, docentes e demais atores implicados.

Fomos para praça, fomos para rua, fomos caminhar, os usuários e os residentes. Foi interessante eu ter visto trabalhadores, ex residentes, usuários e residentes atuais protagonizando isso [...] Isso é construção, isso é articulação. E, assim, apesar de todas as críticas, falhas e limitações, mas quando você vê isso você diz assim: “a gente está indo para algum caminho, a gente está caminhando por alguma trilha”. Sabe? Step by step: passo a passo, mas a gente está desenhando algum caminho, a gente está sabendo, que tem vida, que tem pulsação, que tem vida, que tem desejo, que tem saída. (D1)

A gente reuniu: agente comunitário de saúde, médico, três estudantes de medicina, a terapeuta ocupacional, mais a estudante de graduação que acompanhava a terapeuta ocupacional, a minha menina da graduação que atende ela, mais a mestranda, mais eu, mais duas irmãs da mulher, mais a cuidadora dela, na sala dela! Na sala da casa da mulher, sabe? Do tipo assim: Fulana, nós estamos aqui! Olha o tanto de gente que cuida de você. Você tinha noção que era tudo isso? E ela feliz! Contente! Ela nunca se manifestou tanto que nem naquele dia, ela estava na casa dela, com todo mundo que cuida dela e ainda tinha uma mesa ali depois para comer. É do jeito que a vida tem que ser [...] Então, vamos planejar: a curto prazo, a médio prazo, a longo prazo. Saímos acordadas, cada um com uma coisa para fazer, todo mundo sabendo onde a gente tinha que chegar com ela. Eu acredito nisso. (D6)

Essa semana fizemos uma colônia de férias na vila para as crianças de lá. Então, a residente veio com a ideia e nos montamos um planejamento de horários, atividades, ela conseguiu o espaço lá com uma igreja que tem perto e eu trouxe a ideia para os alunos da graduação, trouxe uma residente aqui e ela interage com eles. (D13)

Esses encontros se constituem uma ação estratégica para a viabilização de um avanço na formação e na atuação profissional. Favorecendo, dessa forma, a atuação colaborativa entre os profissionais da saúde promovendo a integralidade do cuidado que é fundamental para o fortalecimento do SUS (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015). Segundo os docentes, pode-se perceber que as práticas de saúde tornaram-se ampliadas, vislumbrando a realização de atividades de colaborem com o bem estar da vida dos usuários a partir de uma prática multiprofissional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a educação interprofissional e a prática colaborativa como uma estratégia inovadora que tem um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde e preparada para a prática ampliada de saúde. Estas oportunizam a todos os implicados no cuidado, possibilidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si (OMS, 2010).

Nesse sentido, serão a partir de encontros como esses que poderá haver maiores avanços na direção de um sistema de saúde fortalecido, com as instâncias de saúde e educação envolvidas e implicadas para a consolidação das políticas públicas de saúde, condizente com a demanda local e com vistas à melhoria da formação profissional. Além disso, conforme apontam os docentes, a partir da inserção dos profissionais que foram residentes nos serviços, há um ganho imensurável na melhoria das práticas de cuidado e sua implicação com o Programa de RMS.

Os profissionais novos já foram residentes. Então, nós estamos com muita esperança que mude, porque é muito difícil tu mudar a realidade de quem já está ali

dentro, há muito tempo. Só quem está chegando para gente propor novidades, com bateria nova. Eu estou bem contente com o pessoal que está entrando, está tendo uma parceria melhor, alguns espaços estão sendo cobertos para a gente inovar.
(D2)

Vale à pena? Porque já tenho uma profissional dentro do hospital que era residente, duas quer dizer, que passaram pela residência e acabaram entrando para trabalhar no hospital. Isso nos facilitou um monte, dentro da área que elas atuaram. Então, eu acho que no momento que eu tive alunos que começaram a Residência, e agora estão atuando como profissional e com uma visão multiprofissional que antes não tinha, isso que vai fazer a diferença. Não é um profissional qualquer que entrou. Entrou um profissional com essa visão multi que os profissionais “uni” não tem. Então, vale a pena sim! (D5)

Estes cenários de produção do cuidado e produção pedagógica ressignificam a educação na saúde e propõe esta como uma relação além do ensino e 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). É nesse espectro de dimensões do processo de integração em que se estreitam as relações entre docentes, estudantes e trabalhadores de saúde. As relações que se estabelecem entre as pessoas poderão contribuir com uma assistência à saúde de qualidade e, por conseguinte na consolidação dos princípios do SUS. Todos os elementos que envolvem os processos de mudanças na formação não são neutros, mas permeados por lutas entre posicionamentos e interesses. Também envolvem um caminho de preparação dos responsáveis pela implementação dessas mudanças, em primeira instância os docentes e os profissionais que atuam na assistência à saúde (MOURÃO; L’ABBATE, 2011; BREHMER; RAMOS, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma verdadeira viagem de descoberta não é a de pesquisar novas terras, mas de ter um novo olhar (PROUST apud MORIN, 2000, p.107).

Uma verdadeira viagem de encontros, desencontros, (des)construções, (re)conhecimentos. Viagem sobrecarregada, cansada, desgastante. Mas, ao mesmo tempo reconfortante, gostosa e atraente. O Mestrado Acadêmico, se vivido intensamente e prazerosamente, te permite esse movimento de sentimentos, essa mistura de sensações. Escrever as considerações finais também produz efeitos que se contrapõe: alívio de ter chegado até aqui, anseios para saber o que virá de contribuições, a espera por leitores. É sempre um desafio, estamos quase chegando na estação. Que estação é essa? Quem está a nossa espera? Quais serão as próximas surpresas?

Para trabalhar com as RMS e a integração ensino-serviço, é preciso estarmos dispostos a movimentar a nossa escrita, o pensamento. A proposta pedagógica desta modalidade de pós-graduação *lato sensu* provoca desconfortos, ora positivos ora negativos, a todos que se envolvem nessa construção coletiva. Ao responder a questão de pesquisa “como os docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvem, na formação dos residentes, a integração ensino-serviço?” conforme proposto por este estudo, pode-se perceber que os docentes necessitam estar abertos para o compartilhamento de ideias, condutas e práticas de cuidado com as equipes dos serviços de saúde, graduandos, docentes de diversas áreas, enfim, com a rede de saúde que o rodeia.

Num primeiro momento, os docentes ao conceberem a integração ensino-serviço como uma estratégia que possibilita a práxis para a construção do (re)conhecimento, a vislumbraram como um movimento de alternância entre a prática e a teoria. Aspecto que requer um constante vai e vem de um plano ao outro, sendo considerado como um processo ativo e flexível ao longo da aprendizagem. Com a possibilidade de construir e desencadear momentos e movimentos de ação-reflexão-ação que traduzem a inter-relação teoria-prática. Quanto a concepção dos docentes acerca da integração entre o ensino e o serviço visto como uma estratégia para a aprendizagem significativa, percebeu-se que o contato vivenciado nos serviços de saúde proporciona uma reflexão crítica ao vivido no cotidiano das práticas, além de investigar e instigar a própria prática, tanto do docente quanto do residente, configurando um novo saber fazer, um novo modo de conhecer e aprender a ser e fazer.

Nesse sentido, quanto ao desenvolvimento da integração entre o ensino e o serviço, os docentes apontam que um dos fatores que implica diretamente no desenvolvimento da integração ensino-serviço na formação dos residentes é o impacto ocasionado pelo estranhamento da proposta pedagógica ofertada pela RMS ao jovem profissional proveniente de uma graduação em saúde voltada a clínica uniprofissional e dicotômica. Esse jovem residente não compreende, dessa forma, as relações que permeiam a prática real do mundo do trabalho e, isso repercute diretamente na dificuldade do acompanhamento dos residentes pelos preceptores, pois nem todos estão preparados para atender a realidade multiprofissional.

No entanto, a relação do docente com o preceptor é mantida por uma via de confiança, o qual possui um importante papel ao mediar os elementos que balizam a formação desses, ou seja, a reflexão por meio das ações cotidianas. Para que isso se torne cada vez mais efetivo, é importante que o preceptor conheça o seu papel dentro da formação do residente ou no próprio serviço. Os docentes relatam, também, que o preceptor aprende junto e, a partir desse contato com a academia, potencializa o olhar sobre as suas práticas de saúde, questionando e refletindo sobre as suas atitudes e competências.

Uma vez que a integração ensino-serviço necessita para o seu desenvolvimento, o saber coletivo e a cooperação de todos, a relação entre a universidade e os serviços de saúde, faz com que os profissionais que estão em atividade se envolvam na construção do conhecimento, produzindo de forma coletiva e de acordo com a necessidade local. Para isso, é importante que exista uma abertura de ambos os lados e um diálogo uníssono para que compreenda o papel de ambos e enfatize a necessidade de conjunto.

Os resultados também evidenciaram a necessidade de provocar alterações na formação dos profissionais da saúde com vistas à qualificação da atenção à saúde, a qual está diretamente relacionada com a atuação docente nesses espaços. A relação entre o docente e o residente é como um guia fundamental para estimular a reflexão tanto no contexto teórico como no campo da prática, o qual possui um papel de interlocutor juntamente aos demais atores. Para tanto, uma metodologia participativa estimula a criatividade e a iniciativa e tornam-se ferramentas indispensáveis para a atuação docente em vista da aprendizagem e da formação profissional do residente.

Além disso, os docentes sentem-se desafiados nesta modalidade de formação. Principalmente pelo compromisso de estimular a competência do residente tanto no contexto teórico quanto prático que vá além da lógica de uma aprendizagem baseada no conhecimento puramente técnico e aproximar-se da prática reflexiva que abra possibilidades e caminhos para ações respaldadas na perspectiva do sistema público de saúde. Atualmente, as

concepções ampliadas de saúde requerem continuamente e cotidianamente a reflexão sobre as práticas profissionais, tanto relacionadas a formação do docente, quanto a profissional e acadêmica.

Nesse mesmo sentido, no que se refere as limitações do desenvolvimento da integração ensino-serviço, evidencia-se a dificuldade das pessoas estarem implicadas nessa formação. E, percebe-se a importância de haver momentos e espaços que possibilitem discussões e pactuações sobre o processo pedagógico. Porém, esses encontros ainda são pontuais ou quase inexistentes. Dentre os avanços, encontra-se a possibilidade de efetivar a integração entre os graduandos e os residentes, por meio de espaços coletivos e pactuados, tanto nos serviços de saúde quanto na universidade os quais estão vinculados. A partir disso, têm-se o cuidado ampliado, o qual refuta as práticas de saúde voltadas somente a doença e o amplia para um trabalho que relacione os trabalhadores de saúde, os acadêmicos da graduação, os residentes, docentes e demais atores implicados com as histórias de vida dos usuários dos serviços de saúde.

A integração ensino-serviço, pactuada, com compromissos sociais, éticos e morais é o elemento que entrelaça a formação às demandas reais dos serviços de saúde. Além disso, faz-se importante salientar que se a integração ensino-serviço passa a proporcionar condições de ensino-aprendizagem, garantindo a assistência de qualidade e a formação de profissionais condizentes com o proposto pelo SUS, é premente considerar a análise de novos espaços assistenciais e de ensino em consonância com o proposto pelo MS e MEC.

Os resultados obtidos neste estudo, apesar de limitados diante da complexidade que envolve o processo educativo dos residentes multiprofissionais, possuem impacto na formação dos mesmos, a partir da problematização das concepções dos docentes e os aspectos que influenciam o desenvolvimento da integração entre o ensino e o serviço. Desse modo, espera-se que a presente pesquisa estimule outras reflexões a respeito do tema e origine novas pesquisas, em busca de práticas pedagógicas corresponsáveis com vistas a qualificar o ensino de acordo e coerente com as reais necessidades dos serviços de saúde. Além disso, a produção de estudos que abarquem a formação docente e as ações pedagógicas no âmbito da RMS, pois pode-se perceber que o residente necessita de um acompanhamento pedagógico efetivo não somente nos serviços de saúde.

Outro aspecto a ser enfatizado, é a importância que a gestão possui, tanto universitária quanto municipal, a fim de possibilitar progressos aos programas de RMS. No que se refere a valorização do trabalhador de saúde e melhoria das ações de integração entre o ensino e o serviço, com vistas a adotar ações e estratégias efetivas que transformem a realidade e

superem o fazer estritamente burocrático. Além de estabelecerem apoio e acompanhamento pedagógico ao docente e aos profissionais que estão envolvidos nesta formação para que, a partir disso, possam refletir sobre suas práticas e atividades com vistas a uma visão partilhada.

Finalizando, pode-se perceber que para desenvolver a integração entre o ensino e o serviço, necessita-se trabalhar também com as subjetividades das relações que abarcam as instâncias envolvidas. Nesse sentido, observa-se que há necessidade de repensarmos o compromisso da ética nas relações interpessoais, no compromisso, nas responsabilidades e, principalmente, no diálogo. Essa interação entre os serviços de saúde e os centros de ensino, poderão se tornar mais efetivas no momento em que houver compreensão do papel de cada um e, principalmente, da importância da relação com o outro construída como uma rede de apoio. E, assim, pode-se pensar em todos os atores enquanto potências para o desenvolvimento das ações em conjunto.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Rev Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999

ALVES, L.A. et al. Integração Ensino-Serviço: Experiência Exitosa na Atenção Odontológica à Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol.16, n. 2 , p. 235-238. 2012.

ANASTASIOU, Léa das Graças. Docência na educação superior. In: RISTOFF, Dilvo; SAVEGNANI, Palmira (Org.). **Docência na educação superior**. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 147-172.

ARANHA, M.L.A. **História da Educação e da pedagogia: geral e brasil**. 3º ed. São Paulo: Moderna, 2006.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**. 2015. vol.19 n.1, Rio de Janeiro Jan./Mar.

AUSUBEL, D.P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.

AUTONOMO, F.R.O.M. et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2015, vol.39, n.2, pp. 316-327.

ASSOLINI, F.E.P.; RIVAS, A.C.; LASTÓRIA, N.P.P. Docência no ensino superior: a (des) construção da identidade do sujeito-professor. **Revista Plures Humanidas**, ano 12, n. 15, p. 34-50, jan. jun. 2011.

BACKES, D.S., et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.3, pp. 421-426.

BACKES, V.M.S, et al. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, vol. 12, nº 1, p.80-8, 2003.

BATISTA, C.B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, p.97-125, jan./jun. 2013.

BOLZAN, D.P.V. Aprendizagem docente reflexiva. In: MOROSINI, M. **Enciclopédia de Pedagogia Universitária**. VII – Glossário – Brasília: INEPE, 2006.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis** [online]. 2011, vol.21, n.1, p. 65-85.

BRAID, L.M.C.; MACHADO, M.F.A.S; ARANHA, A. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface (Botucatu) [online]**. 2012, vol.16, n.42, pp. 679-692.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080/90, de 19 set. 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 8142/90, de 28 dez. 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na aera da saúde e dá providências, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004b.

_____. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 13 set 2014.

_____. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude**; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005; 30 jun. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 238/2005. Diário Oficial da União, 2 fev. 2005b.

_____. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Resolução no 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2012.

_____. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 2, de 2 de Fevereiro de 2011a. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Disponível em: < file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Meus%20documentos/Downloads/resol_cnrms_n2_02fev_2011.pdf >. Acesso em: 13 out 2014.

_____. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 3, de 17 de Fevereiro de 2011b. Dispõe sobre Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde Residentes. Disponível em: < http://portal.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=18/02/2011 >. Acesso em: 13 out 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 1-59.

_____. Prefácio. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 17-22, 2010.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jan/mar. Vol. 16, n.1, p.228-37.

BUCHWEITZ, B. Aprendizagem significativa: idéias de estudantes concluintes do ensino superior. **Investigações em Ensino de Ciências**, vol. 6, nº 2, 2001. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/public/ensino/vol6/n2/v6_n2_a2.htm. Acessado em 02 de dezembro de 2015.

CABALLERO, R. M. S.; SILVA, Q. T. A. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 61-74.

CAMPOS, F.C.B.; GUARIDO, E.L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, MJP (Organizadora). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, 240p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 1999. Vol. 15, n. 1, p. 187-93.

CASANOVA, I.A.; BATISTA, N.A.; RUIZ-MORENO, L. Residência Multiprofissional em Saúde: percepção dos residentes sobre a Educação Interprofissional nas práticas colaborativas. *Investigação Qualitativa em Educação//Investigación Cualitativa en Educación*. Vol 2. 2015.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 137-170.

CECCIM R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-66, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comun Saúde Educ**, vol. 9, nº 16, p. 161-77, 2005.

_____. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra” – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação** v.13, n.28, p.213-37, 2009.

_____. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.). **Residências em saúde: Fazeres e saberes na formação em saúde** (pp. 17-22). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). 2010.

COSTA, H.O.G.; KALIL, M.E.X.; SADER, N.M.B. Red. UNIDA: Un nuevo actor social em El campo de las políticas públicas. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos CM, editores. **La educación de los profesionales de la salud em latinoamerica: teoría y práctica de un movimiento de cambio**. São Paulo, Buenos Aires, Londrina: Hucitec, Lugar Editorial, Ed. UEL; 1999.

CORRÊA, L. Q.; et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 27, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 428-433.

CUNHA, M.I. Trajetórias e lugares da formação do docente da educação superior: do compromisso individual à responsabilidade institucional. **Revista Brasileira de Formação de Professores**, Cristalina, v.1, n.1, p.110-128, maio 2009.

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

DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. IN: **Capacitação pedagógica**. Brasília: MS/MEC/MPAS/OPS,1989.

DAVINI, M.C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Série pacto pela Saúde. Vol. 9, p. 39-59.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, 2001, v. 1, n. 2, p. 5-15.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Trad. Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DEWEY, J. **Como pensamos**: como se relaciona o pensamento reflexivo com o processo educativo: uma reexposição. 3ª Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

DIAS, H.S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 6, p.1613-1624, 2013.

DOMINGOS, C.M. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

DRAGO, L.C. et al. A Inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. **Rev. Cogitare Enfermagem**. Jan/Mar; 18(1):95-101, 2013.

FERRAZ, F. Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2011.

FERREIRA, S.R., OLSCHOWSKY, A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS. 2009 mar, vol. 30, nº1, p. 106-12.

FINKLER, M.; CAETANO, J.C.; RAMOS, F.R.S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**, v.15, n.39, p.1053-67, out./dez. 2011.

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.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf> >. Acesso em: 04 set. 2012.

FONSECA, G.S, et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, n.50, pp. 571-583.

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.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

GARCIA, M.A.A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. 2001, vol. 8, p.89-99.

GARCIA, M.A.A.; B. KHATER. Construindo vínculos, apreendendo saúde: estudo de revisão. **Rev APS**. 2012 out/dez; 15(4): 496-507.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, cap. 3, p. 64-89, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. P. et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Rev Bras Educ Med**, vol. 32, nº 1, p. 105 – 111, 2008.

GONÇALVEZ, A. et al. The training of nurses for the Family Health Strategy. **J Nurs UFPE on line** [Internet], vol. 4, nº 3, p. 1543-549, 2010.

GONZALEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, n. 2, vol. 20, p. 551-570, 2010.

HADDAD, A.E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, vol.44, n.3, p. 383-393, 2009.

HASSAD, J. Backup of meaningful learning model. **Dear Habermas Current**, vol. 17, nº 3, 2003.

HAUBRICH, P.L.G., et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. vol. 1, nº 1, p. 47-56, 2015.

ISAIA, S.M. Verbetes. In: MOROSINI, M. Enciclopédia de Pedagogia Universitária. VII – Glossário – Brasília: INEPE, 2006.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

KEARSLEY, G. **Subsumtion theory** (D. Ausubel), 2006. Disponível em: <http://tip.psychology.org/ausubel.html>.

LÉVI-STRAUSS, C. Antropologia estrutural I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIBÂNEO, J.C. Reflexividade e formação de professores: outra oscilação do pensamento pedagógico brasileiro? In: PIMENTA, S.G; GHEDIN, E. **Professor reflexivo no brasil: a gênese e a crítica de um conceito**. 4ªEd. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

LIMA, V.V. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015. Vol. 20, n.1, p.279-288.

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.

MASETTO, M.T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus; 2003.

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

MATTOS, R. A. Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do **LAPPIS: Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**, 2010.

MEIRA, M.A; SILVA, M.O. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional. **Rev bras cie Saúde**, 2011, vol. 15, nº3, p. 369-376.

MELLO, A. L. ; SANTOS, W. M. ; BACKES, D. S. ; TERRA, M. G. . Incubadora de Aprendizagem uma ferramenta para Educação Permanente em Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 8, p. 3811, 2014.

MELLO, A.L. **Incubadora de Aprendizagem: ferramenta para a humanização do cuidado**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008, vol. 17, n. 4, p. 758-64

MENDES, L.C et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. **Rev. SBPH** [online]. 2011, vol.14, n.1, p. 125-141.

MENEGAZ, J. C, et al. Bom professor na área da saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 8, p. 1048-1056, 2014.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface- Comun Saúde Educ**. vol, 9, nº 16, p. 172-74, 2005.

MISSAKAI; RIBEIRO. A Preceptorial na Formação Médica: o que dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 35, n. 3, p.303-310, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013a.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, E. **A cabeça bem feita – repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **Complexidade e transdisciplinaridade:** a reforma da universidade e o ensino fundamental. Natal: Ed.UFRN, 2000. p.13-27.

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

_____. **Introdução ao pensamento complexo.** 5. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008. 177p.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. Interfaces da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias:** trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-276.

MOREIRA, M.A. **Teorias de aprendizagem.** São Paulo (SP): EPU, 1999.

MOURÃO, L.C.; L'ABBATE, S. Implicações docentes nas transformações curriculares da área da saúde: uma análise sóciohistórica. **Online Braz J Nurs** [Internet]. 2011. Vol.10, n.3.

NAEGER, D.M., et al. Crossspecialty integrated resident conferences: an educational approach to bridging the gap. **Acad Radiol.** vol. 19, nº 8, p. 1029-34, 2012.

NASCIMENTO, D.D.G. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS. São Paulo; 2008. Mestrado [Dissertação] – Universidade de São Paulo.

NORONHA FILHO, G. Formação médica e integração de atividades docentes e assistenciais. **Revista de Saúde Pública.** 1995. Vol. 29, n.3, p. 215-20.

NÓVOA, A. Os professores e as histórias de sua vida: In: NÓVOA, A. *et al.* **Vidas de Professores.** Porto: Porto, 1992, p 11-30.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In.: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2009, p. 19-39.

OMS. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.**63 p. 2010.

OLIVEIRA, M. S. O Papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Revista Olho Mágico,** Londrina, v. 10, n. 2, p.37-39, 2003.

OLIVEIRA, V. F. **Narrativas e saberes docentes.** Ijuí: Unijuí, 2006.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde:** fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 91-114.

PAIM, J. S. Marco de referência para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.17, p.1-44, 1993.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional: Formação de Profissionais de Saúde parágrafo O Trabalho em Equipe com foco nos Usuários **Rev. Esc. enferm.** USP [online]. vol.47, n.4, pp. 977-983. 2013.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PIMENTA, S.G. **Saberes pedagógicos e atividade docente.** São Paulo: Cortez, 1999.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 65-112.

PINTO, L.L.S.; FORMIGLI, V.L.A; RÊGO, R.C.F. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. **Revista Baiana de Enfermagem.** 2007, vol. 31, n.1, p.115-133.

PIVETTA, H. M.F. O grupo reflexivo como dispositivo de aprendizagem docente na educação superior. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Maria. Pós-graduação em Educação. 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. 669 p. PORTAL MEC.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso: 20 out. 2014.

REDE UNIDA. Disponível em: www.redeunida.org.br Acesso em: 22 de nov 2014.

REIBNITZ, K. S; PRADO, M. L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. **Texto & Contexto Enfermagem** (UFSC. Impresso), Florianópolis, v. 12, p. 26-33, 2003.

RHODES, C., et al. Registered nurse perceptions after implementation of a nurse residency program. **J Nurs Adm**, vol. 43, nº 10, p. 524-9, 2013.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm**, vol. 34, nº 4, p. 161-165, 2013.

RICALDONI, C.A.C., SENA R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, vol. 14, nº 6, p. 837-42, 2006.

RICHARDISON, R. J. **Pesquisa Social:** Métodos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1999.

ROGERS, C.; ROSENBERG, R. L. **A pessoa como centro**. São Paulo:EPU, 1977.

SALDANHA, O.M.F.L., et al. Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface**, vol 18 Supl, nº 1, p.1053-62, 2014.

SANTIN, G. **Educação Permanente em Saúde e os estágios de vivência no sus: traçando linhas de subjetivação**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2013.

SHULMAN, L.S. Those who understand: knowledge growth in teaching. **Educ Res** [Internet] vol, 15, nº 2, p. 4-141986. [citado em 2015 Nov 22] Disponível em: http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman_1986.pdf.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, p. 627-635, 2014.

SILVA, J.C., et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta paul. Enferm**, vol. 28, nº 2, p. 132-138, 2015 [acessado 2015 Set 17]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0132.pdf>

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, RS. set; vol. 31, nº 3, p. 557-61, 2010.

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1071-84, out./dez. 2011.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em saúde para debate**, n.12, p. 19-23, 1996.

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, 2013. Disponível em <<http://jararaca.ufsm.br/websites/residenciamulti/download/Resid.mult/ProjMS1.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

VALE, E.G., PAGLIUCA, L.M.F.; QUIRINO, R.H.R. Saberes e práxis em Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, vol. 13, nº 1, p. 174-180, jan-mar, 2009.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. São Paulo: Expressão Popular; 2007.

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

YODER, K.M. A framework for service-learning in dental education. **J. Dental Education**, v.70, n.2, p.115-23, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 23 set. 2014.

APÊNDICES

Apêndice A – Artigos analisados na Revisão Integrativa de Literatura

(Identificação, Autor, Título)

Id	Autor	Título
A1	Ayala-Morillas LE, et al.	Fatores associados à satisfação residente com a sua formação como especialista
A2	Manho F, et al.	Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos
A3	Drago LV, et al.	A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios
A4	Goulart CT, et al.	Perfil sócio demográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública
A5	Guido LA, et al.	Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública
A6	Nascimento DDG; Oliveira MAC.	Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família
A7	Ferreira SR; Olschowsky A.	Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento
A8	Ferreira RC; Varga CRR; Silva RF.	Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.
A9	Silva CT, et al.	Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso.
A10	Conrad P; Sketris I; Langille-Ingram E.	Participants' perceptions of a multidisciplinary training program for graduate and postgraduate students in drug use management and policy.
A11	Gil CRR.	Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas
A12	Clemente A, et al.	Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica.
A13	Landim SA; Batista NA; Silva GTR.	Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família.
A14	Lima M; Santos L.	Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental.
A15	Brites LS, et al.	"A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil.
A16	Oliveira FGVC, et al.	A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família.
A17	Scherer MDA; Pires DEP; Jean R.	A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Apêndice B - Roteiro da observação sistemática

(Atividades que envolvem os docentes na RMISPS: disciplinas teóricas, tutorias de campo e de núcleo)

Projeto de Pesquisa: Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Elisabeta Albertina Nietzsche

Autora: Enf^ª Md^ª Amanda de Lemos Mello

- Observação n^o:

- Data:

- Horário de início:

- Horário final:

- Tempo total de observação:

1. Local:

2. Atividade:

3. Profissionais Presentes:

4. Assuntos discutidos:

5. Descrição das atividades desempenhadas pelos docentes referentes ao desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço com os residentes:

- Estratégias desenvolvidas pelo docente para desencadear ações de integração ensino-serviço:

- relato sobre facilidades nas ações de integração ensino-serviço:

- relato sobre dificuldades nas ações de integração ensino-serviço:

Apêndice C - Roteiro da entrevista semiestruturada

Projeto de Pesquisa: Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Elisabeta Albertina Nietzsche

Autora: Enf^ª Md^a Amanda de Lemos Mello

Entrevista N^o:

Data:

Código:

Dados gerais:

Formação (Área profissional):

Tempo de atividade na RMISPS:

Atividades desenvolvidas na RMISPS:

Questões disparadoras:

Comente sobre a inserção dos residentes nos serviços de saúde.

Manifeste sua percepção acerca da integração ensino-serviço e a formação dos residentes.

Demais questões que poderão ser lançadas a partir das respostas dos participantes:

Relate sua compreensão sobre o seu papel como docente do Programa de RMISPS no fomento da integração ensino-serviço e para a formação do profissional residente.

O que você utiliza como estratégias para desenvolver/desencadear a integração ensino-serviço?

Comente quais as dificuldades que você encontra ao trabalhar com integração ensino serviço na RMIS?

Comente quais as facilidades que você encontra ao trabalhar com integração ensino serviço na RMIS?

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Título de estudo: Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente

Pesquisadora Responsável: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Acadêmica Pesquisadora: Enf^a Mestranda Amanda de Lemos Mello

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefones para contato e endereço postal completo: *(055) 3220-8029 *(055) 3220-8427; Avenida Roraima, 1000, prédio 26/CCS, sala 1445, 97105-970 – Santa Maria, RS.

Local da coleta de dados: Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada “**Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente**” de autoria de Amanda de Lemos Mello, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Marlene Gomes Terra, que possui como objetivo geral: analisar a concepção dos docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde acerca da integração ensino-serviço na formação dos residentes e o seu desenvolvimento. E, como objetivos específicos: conhecer as estratégias utilizadas pelos docentes de um Programa de RMS para desencadear ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes e, conhecer os aspectos que dificultam e/ou facilitam as ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes da RMS.

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

- acreditamos que esta pesquisa seja importante, pois, poderá vir a contribuir na identificação de fatores relacionados ao modo de viabilização e estruturação de ações de integração ensino-serviço na RMS, bem como no desencadeamento de espaços de troca de saberes e experiências que possibilitem aproximar a formação profissional às necessidades do SUS de acordo com a realidade local e os propostos pelas políticas públicas do sistema público brasileiro.

- a sua participação, neste estudo, consistirá em ser observado em relação às atividades que você realiza no seu cenário de atuação nas RMS, para registro dos dados desta técnica de coleta de dados, serão escritas as impressões e notas em um acervo, denominado diário de campo. Sua participação se dará também em responder as perguntas da pesquisadora acerca dos objetivos supracitados. Suas informações serão gravadas em um gravador digital, para que eu possa lhe dar mais atenção, não precisando anotar. Mas se você preferir, ele não será utilizado. Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados. A entrevista será realizada em uma sala reservada previamente agendada no Centro de Ciências da Saúde da UFSM.

- é importante que você compreenda que as informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. 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 – E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ser utilizados apenas para divulgação em eventos ou publicações científicas, ou na formulação de um banco de dados. No entanto, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, será adotada a letra 'D' para sua identificação (D1, D2, D3, e assim sucessivamente), por ser a letra inicial da palavra Docente, seguida de um número que não corresponde à sequência de sua participação na pesquisa. Assim, ninguém poderá descobrir quem é você e sua identidade ficará protegida, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. As informações serão mantidas durante cinco anos em arquivo confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável na sala 1445, do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, no endereço completo citado no início deste documento. Após este período, os dados serão destruídos.

- comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, poderá ocorrer mobilização emocional, por lembrar fatos do seu cotidiano. Caso isso aconteça, a entrevista ou a observação será interrompida e a situação será minimizada. A pesquisadora também poderá orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da sua escolha.

- a sua participação não acarretará em ônus ou gratificação financeira. Você tem total garantia de plena liberdade, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Ainda, a não participação na pesquisa não irá afetar no seu trabalho desenvolvido nas RMISPS.

- em relação à devolução dos dados, o compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados ocorrerão desde a última etapa de coleta de dados desta pesquisa. Também, serão apresentados trabalhos em eventos da área, bem como a publicação de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, será retornado ao grupo da RMISPS a fim de apresentar o relatório final.

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 participante de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do Participante

Pesquisadora Enf^a Md^a Amanda de Lemos Mello

Pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Santa Maria,..... de de 2015.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. 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 – E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Apêndice E - Termo de Confidencialidade

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

Título de estudo: Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente

Pesquisadora Responsável: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Acadêmica Pesquisadora: Enf^a Mestranda Amanda de Lemos Mello

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefones para contato: (055) 3220-8029 ou (055) 3220-8427;

Local da coleta de dados: Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de observação sistemática das atividades desenvolvidas pelos participantes, docentes da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, bem como pela entrevista semiestruturada individual. Para tanto, será utilizada uma sala previamente agendada no CCS/UFSM. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo confidencial no computador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Dra Marlene Gomes Terra, na sala 1445, do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, localizada na Avenida Roraima, nº 1000, km 3. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., sob o número.....

Santa Maria, dede 2015.

Enf^a Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra
Pesquisadora Responsável
COREN RS nº 26097

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 - E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br
--

ANEXOS

**Anexo A – Autorização da Coordenação do Programa de Residência
Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE



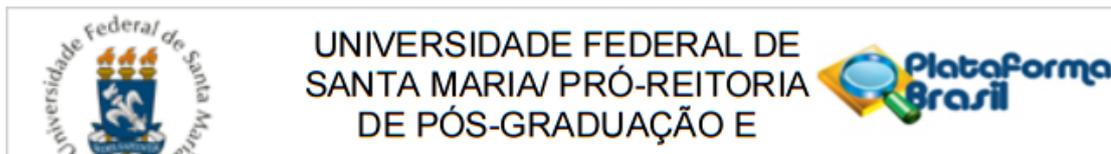
Eu, Sheila Kocourek, abaixo assinado, responsável pela Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, autorizo a realização do estudo *“A integração ensino-serviço na formação da Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva do docente”*, a ser conduzido pelos pesquisadores Profa. Dra. Marlene Gomes Terra, Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche e Mestranda Amanda de Lemos Mello.

Fui informado, pelos responsáveis do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Santa Maria, 24 de novembro de 2014

As.Social Prof^a.Dr^a Sheila Kocourek
Coordenadora da RMISPS/CCS/UFSM

Anexo B – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOCENTE

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40246414.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.528

Data da Relatoria: 12/01/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "A integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "Os movimentos a partir da Reforma Sanitária brasileira têm modificado as formas de considerar a formação dos profissionais em saúde, recriando e reformulando novas estratégias com vistas a contribuir e suprimir parte das necessidades do Sistema Único de Saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde são criadas como uma tentativa de efetivar esse processo de transformar as práticas a partir da modalidade de formação em serviço em uma perspectiva multiprofissional. Possui como eixo pedagógico a Educação Permanente em Saúde que prevê ações de integração entre a formação e os serviços de saúde. Servindo, assim, como um espaço de reflexão entre a teoria e a prática, com os diversos atores envolvidos nos cenários de produção de saúde. Nesse sentido, esta pesquisa possui como questão de orientadora: como os docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvem, na formação dos residentes, a integração ensino-serviço? E, como objetivo geral: Analisar a concepção dos docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde acerca da integração ensino-serviço na formação dos residentes e o seu desenvolvimento.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

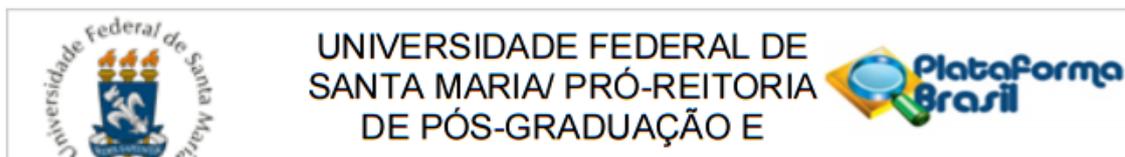
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.528

Os objetivos específicos são: conhecer as estratégias utilizadas pelos docentes de um Programa de RMS para desencadear ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes; conhecer os aspectos que dificultam e/ou facilitam as ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes da RMS. Caracteriza-se pela abordagem qualitativa do tipo descritiva exploratória, a qual será realizada junto a um programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, com docentes envolvidos na formação dos residentes. Os dados serão coletados por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada, de forma concomitante."

Na p. 20 consta que "serão convidados a participarem deste estudo, os docentes do CCS/UFSM envolvidos na formação dos residentes da RMISPS/UFSM, os quais serão selecionados a partir de um sorteio. Atualmente, atuam nessa residência, 30 docentes das áreas de saúde, entre eles: 06 enfermeiros, 05 fisioterapeutas, 05 terapeutas ocupacionais, 04 farmacêuticos, 03 fonoaudiólogos, 03 assistentes sociais, 02 odontólogos, e, 02 psicólogos."

Como critérios de inclusão estão relacionados: "ser docente do quadro efetivo vinculado ao CCS/UFSM e estar atuando em uma das seis áreas de concentração da RMISPS a mais de um ano no período da coleta de dados, subentendendo que estes docentes melhor compreendem a realidade e a formação dos residentes, encontrando-se ambientado com as práticas educativas."

Os critérios de exclusão são: "aqueles que estiverem em licença para tratamento à saúde ou em férias no período da coleta de dados."

A coleta de dados ocorrerá por meio da observação sistemática e da entrevista semiestruturada e os dados serão interpretados a partir da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo (p. 21).

Consta, ainda, cronograma, orçamento e roteiro da entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Na p. 5 consta que o objetivo geral é "analisar a concepção dos docentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde acerca da integração ensino-serviço na formação dos residentes e o seu desenvolvimento".

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

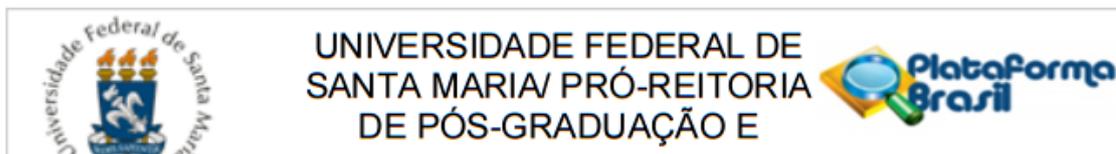
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.528

Como objetivos específicos estão relacionados:

"- conhecer as estratégias utilizadas pelos docentes de um Programa de RMS para desencadear ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes;

-conhecer os aspectos que dificultam e/ou facilitam as ações de integração ensino-serviço na formação dos residentes da RMS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na p. 24 consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

"Quanto aos benefícios, são de forma indireta aos participantes, pois dizem respeito à melhoria da qualidade das práticas referentes à formação na RMISPS, bem como à qualificação da formação e maior integração entre os profissionais da equipe. Também, será informado aos participantes que não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa. Em caso de qualquer despesa adicional para os encontros das entrevistas, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em relação aos riscos dos participantes na coleta dos dados dessa pesquisa, poderá ocorrer a mobilização de sentimentos de cansaço ou fadiga no decorrer da entrevista pelo fato do docente falar de dificuldades que decorrem dos seus fatos cotidianos no processo de trabalho, bem como o fato de vir a desencadear constrangimento por ser observado. No entanto, caso aconteça, a pesquisadora interromperá a entrevista ou a observação para que seja atenuado este momento, e, além disto, poderá orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da escolha do participante da pesquisa."

Considera-se esta descrição suficiente. Note-se que esta descrição deve constar no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

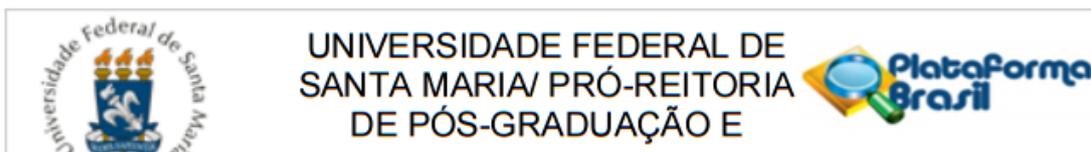
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.528

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de confidencialidade: foi apresentado, porém, nele o endereço de e-mail do CEP está desatualizado. É preciso corrigir. Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos.

TCLE: foi apresentado, porém, nele o endereço de e-mail do CEP está desatualizado. É preciso corrigir. Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos.

Autorização institucional: foi apresentada de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Corrigir o e-mail do CEP no TCLE e no TC. Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos.

Situação do Parecer:

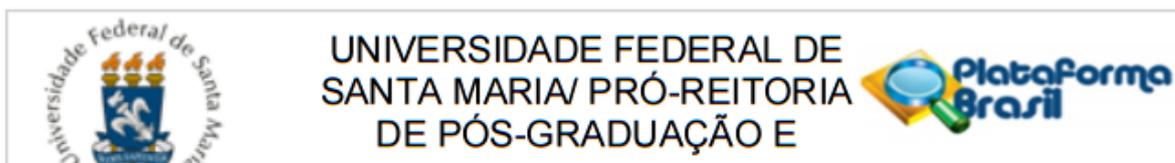
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.528

SANTA MARIA, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com