UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

RESILIÊNCIA E APRENDIZAGEM: UM OLHAR SOBRE O COMPORTAMENTO DE MULTIPROFISSIONAIS DA SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Jucelaine Arend Birrer

Santa Maria, RS, Brasil.
2012

RESILIÊNCIA E APRENDIZAGEM: UM OLHAR SOBRE O COMPORTAMENTO DE MULTIPROFISSIONAIS DA SAÚDE

Jucelaine Arend Birrer

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração, Área de Concentração em Sistemas, Estruturas e Pessoas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Administração

Orientador: Prof. Dr. Italo Fernando Minello

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

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

Birrer, Jucelaine Arend
Resiliência e aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde / Jucelaine Arend Birrer.-2012.
210 p.; 30cm

Orientador: Italo Fernando Minello
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Administração, RS, 2012

1. Comportamento resiliente 2. Multiprofissionais da saúde 3. Aprendizagem. I. Minello, Italo Fernando II. Título.

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Administração

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

RESILIÊNCIA E APRENDIZAGEM: UM OLHAR SOBRE O COMPORTAMENTO DE MULTIPROFISSIONAIS DA SAÚDE

elaborada por
Jucelaine Arend Birrer

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Administração

COMISSÃO EXAMINADORA:

Italo Fernando Minello, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Paulo Emílio dos Santos, Dr. (**ESPM)**

Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Santa Maria 18 de dezembro de 2012

Dedico esses dois anos de estudo

À minha amada família,

fonte de coragem para trilhar esse caminho...

Amo vocês.

Em especial à minha filha, Caroline, anjo de ternura e amor,

luz que ilumina meu dia.

Sem você minha vida seria incompleta.

Amo você infinitamente...

AGRADECIMENTOS

A DEUS,
pelo dom da vida e do cuidar,
uma das mais belas artes do ser humano expressado por atitudes.

Aos meus pais, Milton e Sibila,
pelo dom precioso que é a vida.
Não satisfeitos com isso,
me mostraram o caminho, me presenteando, mais uma vez, com o estudo.
Obrigado pelo amor, dedicação, força, incentivo.
A minha conquista é a vitória de vocês.

Aos meus irmãos,
muitos foram os momentos de desânimo, mas,
vocês sempre tiveram ao meu lado dividindo comigo um pouco de tudo,
apoiando e me fazendo prosseguir. A vocês toda a minha gratidão.

Em especial, à minha irmã Joice e ao meu cunhado Irinéu,
por não mediram esforços para que eu pudesse realizar o mestrado.
Sem o apoio de vocês não teria conseguido manter minha família, minha casa,
minha vida. Muito obrigado pelo carinho incondicional.

Aos meus sobrinhos,
por terem me ensinado a rir das coisas mais banais.
Descobri com vocês que sou uma criança grande e gosto de brincar,
chupar pirulito, pular corda, correr.
São coisas simples da vida, no entanto vividas por poucos.

Ao meu marido,
pelos momentos de ausência para que este sonho se concretizasse.
Quantas foram às vezes que, suportando o meu mau humor, soube se calar como resposta da tua compreensão. A ti dedico parte desta conquista.

À minha princesa,
por sacrificar muitos momentos e não estar ao seu lado.
Mas, também sei que esses dois anos foram de uma intensa aprendizagem, onde crescemos, amadurecemos e juntas descobrimos coisas incríveis. Você é um anjo que me transmite força, incentivo e muito amor. Amo você minha gatinha.

Ao meu orientador e mentor, *professor* ***Italo Minello****,*
por ter me acolhido num momento tão delicado da minha vida;
por ter acreditado no meu potencial e, acima de tudo,
por ter transferido o seu nobre conhecimento para uma principiante.
Se hoje, fecho um ciclo da minha caminhada, é porque não mediu esforços para enriquecer o meu conhecimento.

Ao professor Luís Felipe,
pelo tempo dispendido para as análises do meu estudo.
Em meio a tantos números e fórmulas, os quais expressam sua função como estatístico, encontrei um professor que acredita no potencial humano.

À professora Vânia Olivo,
pela amizade, dedicação e confiança em mim depositada;
pelo primeiro "empurrão" para que eu fosse fazer o mestrado.
É uma profissional exemplar comprometida com as pessoas, com a profissão, com a vida. Agradeço a cada dia a oportunidade de estar ao seu lado e compartilhar tamanho conhecimento.

Às minhas colegas de orientação, Laura *e* ***Isabel****,*
por dividir angústias, momentos de incerteza, olhares de desconfiança;
por terem me acolhido na metade do percurso, quando cheguei sem pedir licença e me acomodei junto a vocês. Nada é por a acaso. Tudo tem um significado!

À minha colega Kati,
por dividir momentos tão especiais de sua vida comigo;
por entender que somos seres humanos com sentimentos que ultrapassam as barreiras da compreensão da ciência.
No entanto, somos únicos com capacidade para amar e ser feliz.

Aos multiprofisionais residentes do PRMS, da ênfase crônico degenerativo,
por terem compartilhado comigo momentos de erros, acertos, dúvidas, conhecimento;
pela confiança depositada;
pelo olhar tenso quando as coisas pareciam não ter solução.
Vou guardar comigo, cada gesto, cada olhar.

Aos gestores do PRMS,
por terem disponibilizado de seu precioso tempo para minha pesquisa.
São pessoas especiais, comprometidas e lutadoras por uma saúde pública digna e de qualidade.

Aos meus adoráveis cães Bolinha e Puppy, *que nas longas horas de estudo permaneceram ao meu lado, dormindo é claro, mas sempre fiéis.*

PARA A MELHOR MÃE DO UNIVERSO

Sem sua presença seria como o dia sem o sol
À noite sem a lua
O mar num dia de temporal.
Não me importo de não ter me dado tanta atenção nesses dois anos de mestrado.
O que importa é que agora tenho você toda para mim
Você é a luz que ilumina os passos da minha vida.
Obrigado por existires.
Te amo.

Caroline Arend Birrer

RESUMO

Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal de Santa Maria

RESILIÊNCIA E APRENDIZAGEM: UM OLHAR SOBRE O COMPORTAMENTO DE MULTIPROFISSIONAIS DA SAÚDE

AUTORA: JUCELAINE AREND BIRRER
ORIENTADOR: ITALO FERNANDO MINELLO
Local e Data da Defesa: Santa Maria, 18 de dezembro de 2012.

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), de uma instituição federal de ensino superior, localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul. O PRMS constitui-se de uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* visando à formação de profissionais da área da saúde para a assistência, gestão e ensino. A metodologia empregada está fundamentada na abordagem quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso exploratório. Para a pesquisa quantitativa foram aplicados três instrumentos: Escala de Estresse no Trabalho (EET), de Paschoal e Tamayo (2004), Escala de Resiliência Job&Job (2003) e o Índice dos Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman (1991). Participaram do estudo 97 multiprofissionais residentes, matriculados no PRMS. Os dados foram organizados e armazenados num banco de dados no programa Excel (Office 2007). As variáveis sóciodemográficas e os itens que compõem os instrumentos foram analisados estatisticamente com o *software* SPSS versão 18.0 e SAS 9,02. A consistência interna das escalas, foi avaliada pelo Coeficiente de Alfa de Cronbach, atestando fidedignidade para medida e avaliação dos constructos. Os resultados obtidos apontam a prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 20 a 29 anos, a maioria formada no período de 2010 a 2012 (73,19%), com predomínio em duas universidades locais; sendo uma pública (40,21%) e a outra particular (38,14%), pertencentes às múltiplas áreas do conhecimento no campo da saúde. Em relação à mensuração do estresse 57,73 % dos sujeitos apresentou médio baixo estresse. Quanto à resiliência 73,20% dos entrevistados apresentaram média alta resiliência. Os quatro fatores que compõem a resiliência, o de maior predominância foi o fator 1 - disposicional com 74,23%, seguido do fator 2 – relacional com 73,20% ambos mensurando média alta resiliência entre os pesquisados. Quanto aos estilos de aprendizagem os de maior prevalência foi o estilo sensorial 76,29%, seguido do sequencial 67,01%, verbal 57,73% e o ativo 56,7%. A pesquisa qualitativa foi realizada com 12 gestores do PRMS, com base na entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, empregou-se o método de análise de conteúdo. Desta análise, emergiram quatro categorias não a priori: Gestão do PRMS, Comportamento Empreendedor, Comportamento Resiliente e Processo da Aprendizagem. O complementando das duas abordagens foi realizado pela técnica de triangulação dos dados. Os resultados da pesquisa permitiram identificar aspectos comportamentais nos multiprofissionais que influenciam diretamente na sua disposição de superação frente aos desafios de implantação da Proposta Político Pedagógica do PRMS. Para dar conta das dificuldades emergidas da atividade profissional, os multiprofissionais lançam mão da sua capacidade de reação positiva e adaptação, estruturando-se nos fatores de proteção da resiliência. Os resultados alcançados permitem afirmar a importância do comportamento resiliente dos multiprofissionais da saúde diante das atividades desenvolvidas no programa, com base numa metodologia critico reflexiva, embasada pelos pressupostos do sistema público de saúde, conduzidas por um modelo que prima pelo processo da aprendizagem.

Palavras-chave: Comportamento resiliente. Multiprofissionais da saúde. Aprendizagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Administration Post-Graduation Program
Universidade Federal de Santa Maria Dissertation

LEARNING AND RESILIENCE: A LOOK ON THE BEHAVIOR OF THE HEALTH MULTIDISCIPLINARY TEAM

AUTHOR: JUCELAINE AREND BIRRER
ADVISOR: ITALO FERNANDO MINELLO
Place and Date of Defense: Santa Maria, December, 18th, 2012.

This study was developed with the aim of analyzing the resilient behavior and their contribution to the learning of the multidisciplinary health team of Multiprofessional Residence Program in Health (PRMS), in a federal institution of higher education located in the center of Rio Grande do Sul. The PRMS constitutes a mode of post-graduation lato sensu education course that aims professionals training for health care, management and education. The methodology is based on quantitative and qualitative approach type exploratory case study. For the quantitative research were applied three instruments: Work Stress Scale (TSE) of Paschoal and Tamayo (2004), Resilience Scale Job & Job (2003) and the Index of Learning Styles of Felder and Soloman (1991). The study included 97 multidisciplinary residents enrolled in PRMS. Data were organized and stored in a database in Excel (Office 2007). The sociodemographic variables and the items that comprise the instruments were statistically analyzed with SPSS software version 18.0 and SAS 9.02. The internal consistency of the scales was assessed by Cronbach's alpha coefficient, attesting trust for measurement and evaluation of the constructs. The results indicate the prevalence of females, aged 20 to 29 years, most formed in the period from 2010 to 2012 (73.19%), predominantly in two local universities, one public (40.21%) and other private (38.14%), belonging to multiple areas of knowledge in the health field. Regarding the measurement of stress 57.73% of the subjects had low average stress. As for resilience 73.20% of respondents had an average high resilience. The four factors that make up resilience, was the predominant factor 1 - dispositional with 74.23%, followed by factor 2 – relational, with 73.20%, both measuring average high resilience among those surveyed. As for the learning styles, the most prevalent was sensory style 76.29%, followed by sequential 67.01%, verbal 57.73% and the active 56.7%. The qualitative research was conducted with 12 PRMS managers, based on semi-structured interview. For data analysis, we used the method of content analysis. Emerged from this analysis four categories not a priori: PRMS Management, Entrepreneurial Behaviour, Resilient Behavior and Learning Process. The complement of the two approaches was performed by the data triangulation technique. The research results have identified behavioral aspects in multidisciplinary team that directly influence their willingness to overcome the challenges of implementing the PRMS Political Pedagogical Proposed. To cope with the difficulties that emerged from the professional activity, the multidisciplinary team lay hold of their ability to positive react and adapt, by structuring on the protective factors of resilience. The results allow us to affirm the importance of resilient behavior of multidisciplinary health team before the activities in the program, based on a critical reflexive methodology, assumptions grounded by the public health system, driven by a model that excels in the learning process.

Key words: Resilient behavior. Health multidisciplinary team. Learning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estágio do estresse 47
Figura 2 – Características distintivas da organização de aprendizagem (AO) 59
Figura 3 – Modelo integrado de aprendizagem organizacional 61
Figura 4 – Componentes dos estilos de aprendizagem com a adição do nível sugerido por Claxton e Murrell (1987) 65
Figura 5 – Aprendizagem individual e os níveis de aprendizagem organizacional .. 73
Figura 6 – Escala de classificação para a interpretação dos estilos de aprendizagem 85
Figura 7 – Síntese do método de pesquisa 96
Figura 8 – Programas de residência – CCS/UFSM 103
Figura 9 – Classificação do estresse nos multiprofissionais residentes do PRMS 111
Figura 10 – Classificação da resiliência nos multiprofissionais residentes do PRMS 112
Figura 11 – Classificação da resiliência de acordo com os fatores 113
Figura 12 – Porcentual total dos estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes 116
Figura 13 – Dimensão sensorial/intuitivo 117
Figura 14 – Dimensão visual/verbal 118
Figura 15 – Dimensão ativo/reflexivo 119
Figura 16 – Dimensão sequencial/global 120
Figura 17 – Síntese da categoria Gestão do PRMS 131
Figura 18 – Síntese da categoria Comportamento Empreendedor 138
Figura 19 – Síntese da categoria Comportamento Resiliente 145
Figura 20 – Síntese da categoria Processo da Aprendizagem 155
Figura 21 – Síntese da triangulação dos dados 164

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos fatores e suas respectivas variáveis 82
Quadro 2 – Distribuição dos fatores por sorteio 83
Quadro 3 – Estilos de aprendizagem de Felder e Silverman (1988) 84
Quadro 4 – Distribuição de questões por dimensão 85
Quadro 5 – Classificação de acordo com o Índice dos Estilos de Aprendizagem 86
Quadro 6 – Síntese da discussão dos resultados e triangulação 166

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação e padronização do Estresse no Trabalho e Resiliência.... 88
Tabela 2 – Coeficiente Alfa de Cronbach - Estresse no Trabalho e Resiliência 106
Tabela 3 – Médias e desvio padrão das variáveis e dos fatores de resiliência 106
Tabela 4 – Distribuição dos multiprofissionais residentes segundo o gênero e faixa etária 107
Tabela 5 – Distribuição dos multiprofissionais residentes segundo a instituição, ano de formação e profissão 108
Tabela 6 – Ano de ingresso e programa de atuação 109
Tabela 7 – Estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes do PRMS . 115
Tabela 8 – Perfil dos entrevistados multiprofissionais gestores do PRMS 122

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Aprendizagem Individual
AO	Aprendizagem Organizacional
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CCSH	Centro de Ciências Sociais e Humanas
CFE	Conselho Federal de Educação
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
CONEP/MS	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EET	Escala de Estresse no Trabalho
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América do Norte
IES	Instituição de Ensino Superior
ILS	*Index of Learning Styles*
HC-USP	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OA	Organização de Aprendizagem
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PRMISPS	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PRMGAH	Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar
PRMSM	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental
RIS	Residências Integradas em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SF	Saúde da Família
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Termo de Confidencialidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.....197
Apêndice B – Dados sociodemográficos dos multiprofissionais residentes do PRMS.....199
Apêndice C – Escala de Resiliência.....200
Apêndice D – Roteiro de Entrevista.....202
Apêndice E – Termo de Confidencialidade.....203

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Escala de Estresse no Trabalho..... 205
Anexo B – Índices de Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman (1991)..... 206
Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética 209

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 31
1.1 Objetivos 35
1.2 Justificativa 35
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 38
2.1 Resiliência 38
2.1.1 Origem e evolução histórica do conceito de resiliência 38
2.1.2 Estresse, adversidade e adaptação positiva 45
2.1.3 Comportamento resiliente 51
2.2 Processo da aprendizagem 54
2.2.1 Aprendizagem Individual 55
2.2.2 Estilos de aprendizagem 63
2.2.3 Aprendizagem grupal 66
2.2.4 Aprendizagem organizacional 69
3 MÉTODO DE PESQUISA 75
3.1 Delineamento da pesquisa 75
3.2 Abordagem quantitativa 79
3.2.1 Definição da população 79
3.2.2 Coleta de dados 80
3.2.3 Análise estatística dos dados 86
3.2.3.1 Padronização 88
3.3 Abordagem qualitativa 88
3.3.1 Unidades de análise 89
3.3.2 Cenário do estudo 89
3.3.3 Sujeitos da pesquisa 90
3.3.4 Coleta de dados 92
3.3.5 Análise dos dados 92
3.4 Triangulação dos dados 94
3.5 Aspectos éticos 96
4 ESTUDO DE CASO 99
4.1 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde 99

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS 105
5.1 Pesquisa quantitativa 105
5.1.1 Avaliação psicométrica dos instrumentos 105
5.1.2 Perfil sócio demográfico da população 107
5.1.3 Mensuração do estresse 110
5.1.4 Mensuração da resiliência 112
5.1.5 Mapeamento dos estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes 115
5.2 Pesquisa qualitativa 122
5.2.1 Caracterização dos entrevistados 122
5.2.2 Apresentação das categorias não a priori 123
5.2.2.1 Gestão do PRMS 123
5.2.2.2 Comportamento empreendedor 131
5.2.2.3 Comportamento resiliente 138
5.2.2.4 O processo da aprendizagem 145
5.2.3 Síntese da análise dos resultados da abordagem qualitativa 155
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E TRIANGULAÇÃO 157
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 167
REFERÊNCIAS 173
APÊNDICES 197
ANEXOS 205

1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde têm passado por processos de mudanças significativos desde os anos 1970, referentes não somente à prestação do cuidado, mas, principalmente, em relação aos processos gerenciais de trabalho. Guiadas pelas diretrizes e princípios do sistema saúde brasileiro, as novas exigências buscam profissionais com habilidades e competências necessárias para atender ao mercado de trabalho. Logo, novas políticas e programas em saúde têm sido criados, ao longo dos anos, a fim de proporcionar desenvolvimento de novas tecnologias, culminando com novos cenários organizacionais (FEUERWERKER; MERHY, 2011; GOULART et al., 2012; VISEU et al., 2012).

Soma-se a isso, o fato do aceleramento da tecnologia determinar caminhos os quais esses serviços tendem a acompanhar, confrontando-se ao conhecimento que vai além do modelo técnico biomédico; envolvendo o contexto de participação e colaboração dos indivíduos (SCHÖN, 2000); adaptando os processos de trabalho a fim de acompanhar o desenvolvimento proveniente dessa evolução (FERNANDES, 2008).

É nesse sentido, que os programas de residências multiprofissionais na área da saúde constituem-se em uma das alternativas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), a fim de fortalecer os elos fragmentados do cuidado em saúde e possibilitar a criação de novos desenhos organizacionais, permitindo a construção de novas metodologias de trabalho (CECCIN; FERLA, 2009), além de favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente no Sistema Único de Saúde (SUS) (GOULART et al., 2012).

As exigências pela produtividade em grande escala têm movido os trabalhadores a mudanças significativas em relação a sua forma de atuação na profissão, levando-os a desenvolverem atitudes comportamentais que atendam à demanda exigida (GOLDBERG, 1986). Essa nova prática pode ser um fator propiciador do consumo de energias físicas e psicológicas das atividades laborais, acarretando abalos significativos no desenvolvimento das atividades e,

consequentemente, na saúde dos profissionais (ANTONELLO; GODOY, 2011; BOLZAN, 2012).

Acresçam-se as mudanças na forma de atuação dos indivíduos, por estarem sujeitos a novas exigências, pressões e situações complexas de trabalho, visando à produtividade e qualidade dos serviços oferecidos (BOLZAN, 2012; MINELLO; BIRRER, 2012).

Este cenário, na visão de Antonello e Godoy (2011), tem como objetivo aumentar a flexibilidade e a capacidade adaptativa dos seus integrantes, porém, para que isso se torne efetivo, o trabalho humano nos serviços da saúde precisam estar inseridos num contexto que contemple o campo interdisciplinar, intersetorial e interprofissional (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

Esta independência possui o objetivo de melhorar a eficiência, diminuir custos, expandir acessos de informação, interligar as políticas sociais, primando pela obtenção de ganhos na qualidade dos serviços prestados (SANTOS; ANDRADE, 2008).

No entanto, operar em um território de disputa social o campo da formação das políticas sociais, em particular da saúde, não parece ser um processo fácil, o qual está permeado por interesses sociais e disputas políticas (MERHY, 2012).

Na compreensão de Briscoe (2007) apesar deste modelo se configurar nos serviços de saúde, o autor alertou que não significa mudança radical nas organizações, mas, um redimensionamento nos processos de trabalho. Podendo ser considerado, na visão de Hecksher e Donnellon (1994), um novo modo de gerenciar, sendo levados em consideração fatores como participação, gestão por objetivos, autonomia, ultrapassando decisões autoritárias ligadas à hierarquia e ao poder.

Muitas dessas ações têm sido implantadas pelos serviços de saúde com a finalidade de atender às exigências decorrentes do processo de globalização (DICKEN, 2010), na perspectiva de gerar respostas rápidas e eficientes, que demandem, entre outros fatores, condições favoráveis ao indivíduo para aprender com os adventos do meio (CECCIN; FERLA, 2009).

Esse panorama propicia novas maneiras de administrar, exigindo um acompanhamento contínuo ao comportamento dos indivíduos no ambiente de trabalho, na tentativa de compreender o que e como fazem, e de que forma o comportamento pode afetar o desempenho da organização (BOLZAN, 2012; ROBBINS, 1998).

Frente a isso, o comportamento humano surge como um determinante do desempenho organizacional, voltado a prever, compreender e modificar atitudes, fundamentado pelo contexto no qual as adversidades são percebidas (FRANCO; MERHY, 2012; ROBBINS, 2000) ou, podendo ser interpretado como uma adversidade imposta, negativa, ocasionando uma série de adventos geradores de um estado de tensão no organismo, denominado de estresse ocupacional (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2007; LIPP, 2003).

O estresse na perspectiva de Bolzan (2012), Guido (2003) e Tamayo (2008), pode ser entendido como uma mudança na relação do sujeito com o ambiente, devido a alterações do meio que implicam em uma nova abordagem. Caso um novo enfoque não ocorra por parte do indivíduo, denominado de ausência de resposta, este fato poderá se constituir em um problema (BANACO, 2005; BENEVIDES; PEREIRA, 2002). A maneira como o indivíduo percebe a situação a sua volta, evitando ou lidando com a adversidade como uma ameaça ou como uma oportunidade de desenvolvimento é representada pelo seu comportamento resiliente (MINELLO, 2010).

A resiliência pode ser vista como uma variação individual em resposta a situações de estresse, que não deve ser interpretada como uma característica fixa do indivíduo, pois se apresenta de acordo com as circunstâncias (RUTTER, 1993, 2012; YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Nesse sentido, as adversidades enfrentadas pelos multiprofissionais da saúde, no ambiente ocupacional, podem se caracterizar como fator predisponente para o desenvolvimento de capacidades de enfrentamento de obstáculos decorrentes da atuação profissional (FRANCO; MERHY, 2012). Por outro lado, essa mesma adversidade, segundo Poletto e Koller (2006) e Trombetta Guzzo (2002), pode ser um evento estressor variável em termos individuais, dependente de uma série de fatores que facilitam ou não a superação das adversidades, permeada pelo processo da resiliência.

A percepção do indivíduo torna-se um fator relevante no contexto das organizações de saúde, pois as formas de reação frente a situações de extrema pressão, geradoras de desiquilíbrio, podem ser variadas, associadas a decisões que exigem enfrentamento às adversidades impostas pelo meio, podendo repercutir no processo da aprendizagem (MINELLO; BIRRER, 2012).

De acordo com Antonello e Godoy (2010), Bido et al. (2011) e Le Boterf (2003), situações organizacionais de aprendizagem constante são indispensáveis para a renovação de conhecimentos e competências, tanto a nível individual como organizacional. No entanto, exigem que o indivíduo desenvolva capacidade de lidar com situações novas, eventos, informação e contextos diversos, permitindo a renovação contínua de práticas as quais são responsáveis por resultados em diferentes níveis da organização (ICHIJO, 2008). Para isso, os indivíduos precisam estar predispostos a enfrentar as barreiras, os desafios que servem como estímulos para uma dada reação (MARSICK; WATKINS, 2003) selecionando estratégias de acordo com sua compreensão, cognitiva e efetiva, do significado do estímulo (CORRÊA; GUIMARÃES; BIDO, 2011).

Embora cada profissão mantenha suas características inerentes ao seu núcleo profissional, são vários os aspectos compartilhados pelos membros de uma equipe, o que evidencia um panorama psicodinâmico complexo sobre as profissões que integram o quadro da saúde, em especial de um programa de residência multiprofissional, que envolve diversas profissões, com objetivos afins (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Diante do exposto, e de acordo com Bolzan (2012), Dell'Aglio (2003), Lipp (2004), Lipp e Novaes (2000) e Minello (2010), as pesquisas envolvendo eventos estressores, estratégias de enfrentamento vem ganhando espaço na área das ciências humanas, se caracterizando um requisito para a aprendizagem. Para que este processo se estruture de forma a contribuir com o desenvolvimento do indivíduo, Bolzan (2012) destacou que é imprescindível que ocorra a interação entre as profissões; que se conheçam as atribuições dos integrantes da equipe; e, que se considere a autonomia do trabalho dos profissionais.

Buscou-se com este estudo responder o seguinte **problema de pesquisa**: De que modo o comportamento resiliente contribui para a aprendizagem dos multiprofissionais de um Programa de Residência Multiprofissional da Saúde (PRMS)?

1.1 Objetivos

O presente estudo possui como objetivo geral, analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde do PRMS.

Com o intuito de alcançar o objetivo geral da pesquisa, os objetivos específicos foram assim formulados:

- Identificar características comportamentais resilientes de multiprofissionais da saúde, atuantes no PRMS;
- Analisar estressores da atividade ocupacional e o comportamento resiliente dos multiprofissionais da saúde diante deles;
- Mapear os estilos de aprendizagem dos multiprofissionais da saúde, que atuam no PRMS;
- Relacionar o nível do comportamento resiliente com os estilos de aprendizagem de multiprofissionais da saúde do PRMS.

1.2 Justificativa

Pesquisas com abordagem no comportamento resiliente, relacionado ao processo da aprendizagem, ainda são incipientes no campo da saúde, principalmente no que tange às equipes multiprofissionais da saúde; o que parece estar relacionado à complexidade do tema, o qual possui uma subjetividade intensa, associada a sentimentos, emoções, frustações que tangenciam a individualidade de cada profissional num contexto específico (CAMPOS, 1986; DELL'AGLIO, 2003; PINHEIRO, 2004; POLETTO; KOLLER, 2006; ZANELLA, 2006). Esta se constitui como uma das justificativas desse estudo.

Segundo Dejours (2012) ambientes que envolvem indivíduos e processos de trabalho, podem ser fonte de prazer e/ou de sofrimento ao considerar a complexidade do comportamento humano. Observa-se, desse modo, a importância de estudos que possam estar contribuindo com a área da saúde, principalmente no campo multiprofissional, neste caso, um Programa de Residência Multiprofissional

em Saúde, objeto deste estudo, o qual contempla dez profissões em múltiplos cenários de atuação.

Trata-se de um espaço constituído como propósito de agregar conhecimentos, transformar contextos e multiplicar saberes com vistas à formação para o SUS com uma visão integrada entre as diversas profissões (UFSM, 2010). Identifica-se assim, outra justificativa para o estudo, onde a necessidade de identificar o comportamento dos multiprofissionais diante do ambiente o qual estão inseridos se torna fundamental para compreender a forma como lidam com as adversidades decorrentes da atividade ocupacional que desempenham.

Considerando a subjetividade de cada multiprofissional, contemplando seu núcleo do saber, se percebe a constituição de espaços de discussões sobre o trabalho desenvolvido, onde a realidade é problematizada com o propósito de construir novos conhecimentos e desencadear mudanças nas ações e no perfil dos profissionais da área da saúde para o sistema de saúde. Esse aspecto caracteriza outra justificativa para o presente estudo, pois, de acordo com Merhy (1995), os programas de residência multiprofissionais no Brasil são vistos como uma modalidade estratégica de formação para os trabalhadores multiprofissionais, tendo em vista seu potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde, bem como, situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador da qualificação de profissionais, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como ambiente de ensino e de aprendizagem.

Dessa forma, percebe-se que este modelo de formação, o PRMS, pode ser um fator gerador de estresse, como também, um influenciador na atividade profissional, podendo ser fonte de desajustes ocupacionais ou não. Do ponto de vista metodológico, na perspectiva de Feuerwerker e Merhy (2011) e Neto e Truzzi (2002), a abordagem de estudos organizacionais interdisciplinares tende a contribuir para enxergar o fenômeno organizacional de diversos ângulos, inclusive complementares. Frente a isso, emergiu a necessidade de compreender como os multiprofissionais deste programa se comportam frente às adversidades do campo no qual atuam e, de que forma isso pode refletir no seu modo de aprender.

Essa abordagem, na concepção de Hall e Taylor (1996), busca a compreensão do fenômeno, fundamentada na visão de abordagens racionais e culturais que necessitam de um espaço de diálogo, uma vez que o comportamento dos atores é condicionado ora por uma visão estratégica ora por uma visão cultural.

Os autores ainda ressaltam um possível intercâmbio nas análises institucionais entre as perspectivas históricas, racionais e sociais, mas, ressalvam limites para tal integração em função de diferenças básicas da dimensão humana e os efeitos que as instituições podem gerar no indivíduo.

Diante do exposto, a presente proposta parece ser algo instigante para a área do comportamento humano, assim como para a área das humanas, possibilitando aprofundar o tema e contribuir com a formação de multiprofissionais da saúde, sugerindo ações que possam subsidiar novos processos de trabalho e futuras pesquisas.

No próximo capítulo será apresentada a sustentação teórica do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica apresentada nesse capítulo contempla a resiliência e o processo da aprendizagem.

2.1 Resiliência

Ao longo das últimas três décadas, se desenvolveram muitas linhas de estudo sobre resiliência. No campo das Ciências da Saúde, da década de 1970, tem-se estudos sobre pessoas submetidas a traumas agudos ou prolongados, fatores estes considerados de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas. Mas foi a partir de 1977 em que as primeiras pesquisas citaram a resiliência, abordando o impacto emocional em pessoas da família de crianças portadoras de fibrose cística (SOUZA; CERVENY, 2006).

O campo das ciências sociais gerou teorias a partir de pesquisas sobre estresse, introduzindo conceitos provenientes da psicologia, de como fazer diante de dificuldades impostas pelo meio, identificando e descrevendo mecanismos que permitam às pessoas comportar-se ou desenvolver-se em condições adversas, saindo das mesmas mais fortalecidas (LINDSTRÕM, 2001).

Nesse sentido, a presente sessão inicia com um breve resgate histórico sobre a origem e o conceito de resiliência. Posteriormente, se evidencia a questão do estresse, da adversidade e da adaptação positiva e, para concluir o tópico, faz-se uma breve explanação sobre comportamento resiliente.

2.1.1 Origem e evolução histórica do conceito de resiliência

O termo resiliência partiu da física e engenharia, sendo o cientista Thomas Young o primeiro a estudar resiliência referindo-se à “propriedade pela qual a

energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica" (FERREIRA, 1975, p.1223). Foi trabalhando na relação entre a força que era aplicada num corpo e a deformação que esta força produzia que Thomas Young tornou-se um dos pioneiros estudando o termo resiliência (YUNES, 2003).

No entanto, há uma importante diferença, naquilo que concerne ao ser humano. Neste caso a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas sim, a superação ou a adaptação, conforme a concepção de alguns autores.

Para Tavares (2001) a origem do termo resiliência, parte de três pontos fundamentais: o físico, o psicológico e o médico. O físico está relacionado à capacidade de resistência de um material ao choque, sendo definida como a capacidade que possui um corpo de recuperar sua forma original depois de sofrer uma pressão (PINHEIRO, 2004). O psicológico, segundo Yunes e Szymanski (2011) tratou a resiliência como a capacidade universal que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade, a possibilidade de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos de adversidades, saindo não necessariamente ileso, mas, fortalecido ou, até mesmo, transformado com determinado advento da vida (RUTTER, 1985). Com relação ao aspecto médico, terceiro ponto evidenciado por Tavares (2001), a resiliência pode ser considerada como a capacidade de um indivíduo resistir a uma determinada doença, com ajuda medicamentosa ou energias originárias da sua própria força.

A grande maioria dos modelos teóricos que se refere à resiliência é insuficiente para explicar o fenômeno da sobrevivência humana e o desenvolvimento psicossocial, visto que, existem inúmeros casos de indivíduos que se desenvolvem de forma normal mesmo estando expostos a fatores em que outras pessoas desenvolveriam patologias severas.

Os primeiros estudos sobre o tema partiram de Michael Rutter, com a diferença entre meninos e meninas que viviam em lares desfeitos por conflitos (POLETTO; KOLLER, 2011). Os resultados obtidos desses estudos evidenciaram que os meninos eram mais vulneráveis que as meninas, não apenas aos estressores físicos, mas, também, aos psicossociais (RUTTER, 1970).

Outro estudo considerado pioneiro e como ponto de partida para a estruturação do conceito de resiliência, conforme Lindstrõm (2001) e Melillo e Ojeda (2005), foi à pesquisa longitudinal de Werner e Smith (1992), em Kauai, Havaí. Os

pesquisadores acompanharam durante 32 anos, a partir de 1955, aproximadamente quinhentas pessoas que viviam em condições de extrema pobreza, desde o período pré-natal até a fase adulta. O objetivo do estudo era a identificação dos fatores que diferenciariam os indivíduos com adaptação positiva e aqueles que assumiam condutas de risco.

Na visão de Infante (2005) esse estudo representou o ponto de partida da primeira geração sobre resiliência, caracterizado por interesse em fatores protetores, suportes para adaptação positiva para pessoas que vivem em situações de adversidade.

Relacionando-se estudos da resiliência com a área da saúde, constata-se que seu estudo é relativamente recente, sendo pesquisado há pouco mais de vinte anos (TAVARES, 2001). As primeiras pesquisas sobre o tema abordaram a compreensão do ser humano, em especial, de crianças e adolescentes, e suas estratégias de enfrentamento diante de situações adversas (NORONHA et al., 2009; TAVARES, 2001).

Um levantamento bibliográfico sobre resiliência realizado no período de 2000 a 2006 por Oliveira et al. (2008) indicou que os estudos na população adulta estão em construção, sendo a entrevista o principal instrumento utilizado. Outro achado indicou que o conceito sobre resiliência se encontra em desenvolvimento, havendo, necessidade de desenvolver novas pesquisas sobre o tema.

A definição de resiliência de Pesce et al. (2005) como sendo o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo mesmo diante de experiências desfavoráveis, parece estar relacionada às abordagens de Luthar (2000), Luthar e Brown (2007), Rutter (1987) e de Sapienza e Masten (2011), que evidenciaram a capacidade do ser humano em responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo quando estas representem risco potencial para sua saúde e/ou para o seu desenvolvimento. De acordo com Rutter (1987, p. 317) ”a resiliência não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo, se as circunstâncias mudam a resiliência se altera”.

Para Rutter (1999, p. 119), a resiliência é definida como um “fenômeno em que se supera o estresse e as adversidades”; porém, o autor esclarece que a resiliência só pode ser vista como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que acontece em um dado período, considerando fatores apoiadores como família, amigos, ambiente social, cultural, econômico.

Diante disso, se percebeu que haviam outros aspectos importantes que deveriam ser levados em consideração e não somente aqueles que eram intrínsecos ao indivíduo. A preocupação com fatores externos ao indivíduo, tais como, nível socioeconômico, estrutura familiar, presença de um adulto próximo, caracteriza a segunda geração de estudos sobre resiliência.

De acordo com Minello (2010) o foco das pesquisas da segunda geração retoma o interesse da primeira em relação à inferência sobre quais fatores estão presentes nos indivíduos que vivem em alta pressão e conseguem se adaptar positivamente; bem como, possui uma interação entre os fatores externos ao indivíduo que compõem a base da adaptação da resiliência. Corroborando ao autor, Paletto e Koller (2011, p. 24) ressaltaram que “todos os processos psicossociais que subjazem o desenvolvimento saudável podem envolver-se na resiliência”.

Diante disso, Masten (2001) evidenciou que a resiliência parece ser um fator simples, resultante da adaptação humana, e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano. Porém, autores como Martineau (1999), Rutter (1993, 2012), Yunes e Szymanski (2001) sugeriram cautela no emprego do termo resiliência, em função de que o comportamento de cada indivíduo, diante da adversidade, é singular e influencia a maneira como ele vivencia essa situação.

Frente a isso, se percebe que lidar com as mudanças que ocorrem no cotidiano da atividade profissional, como no caso dos multiprofissionais da saúde, traz consigo alguns aspectos que precisam ser observados, tais como: o aspecto situacional, atrelado às características e peculiaridades de cada situação; o aspecto pessoal, relacionado à capacidade de cada indivíduo em lidar com as adversidades; e, o aspecto social, que evidencia a condição do profissional em se adaptar às mudanças inerentes à sua área de atuação.

A reação, de um indivíduo para outro, frente a um fator estressante, pode ser diferente, provocando posturas e experiências que contribuem ou não para a ampliação de sua capacidade resiliente. Para Lazarus e Folkman (1984) a interpretação do indivíduo perante uma dada situação ambiental pode desencadear diferentes reações, porém, as diferenças grupais e individuais é que vão nortear a interpretação e a reação a um determinado fato vivenciado.

Diante disso, a resiliência ao ser analisada sobre o ponto de vista prático, representa, na perspectiva de Elsen et al. (2003), um dos caminhos possíveis para que o indivíduo possa trabalhar levando em consideração as suas potencialidades.

Para alguns autores essa capacidade é considerada como uma competência individual que se constrói a partir das interações entre o sujeito, a família e o ambiente. Para outros, como uma competência não apenas do sujeito, mas, também, de algumas famílias e de certas coletividades.

Interagindo com os aspectos pessoais de cada indivíduo encontram-se os fatores de proteção, que se distinguem como características potenciais na promoção de resiliência. Três fatores de proteção individual foram identificados por Garmezy, Masten e Masten (1994): características individuais, como autoestima, inteligência, capacidade para resolver problemas e competência social; apoio afetivo, transmitido pelas pessoas da família, por meio de um vínculo positivo com os cuidadores; e, apoio social externo, provido por outras pessoas significativas, como escola, igreja e grupos de ajuda.

No entanto, Rutter (1993) ressaltou a importância de se atentar para aspectos que, apesar de não estarem diretamente relacionados com resultados positivos, contribuem para o incremento da resiliência, reforçando a capacidade individual para lidar com adversidades. Indivíduos que apresentam uma capacidade resiliente aparentemente têm maiores condições de se adaptarem, são mais afetivos, respondem mais adequadamente aos fatores estressores e têm maior tolerância à frustração (MASTEN, 2001).

Estudos mostram, que a resiliência é um fenômeno que surge a partir de funções e processos adaptativos do ser humano (MASTEN, 2001). Rutter (1985) parece corroborar a ideia de Masten (2001), no momento em que afirmou que a adaptação do indivíduo pode ser entendida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que ocorrem com o passar do tempo, dadas certas combinações benéficas de atributos da família e dos diferentes ambientes sociais e culturais do qual faz parte. Contudo, se evidencia que os estudos de Masten (2001) têm como foco a criança. No entanto, estes estudos podem ser usados como base para a compreensão dos processos adaptativos em adultos, visto que, ressaltou o autor, a adaptabilidade do indivíduo a situações adversas é incrementada pelo seu desenvolvimento e não como um atributo nato, o que, aparenta estar diretamente relacionado à sua capacidade resiliente.

Nesse sentido, relacionando-se as considerações acima com o enfoque apresentado por Lazarus e Folkman (1984) sobre a questão de que a capacidade cognitiva e comportamental é singular a cada indivíduo, pode-se afirmar que o

tempo para o surgimento do comportamento resiliente é diferente para cada ser humano. Dessa forma, parece coerente e possível estender esse raciocínio aos multiprofissionais da saúde, contribuindo para o processo de adaptação desses indivíduos e, por consequência, em sua capacidade resiliente.

Ao se reportar sobre o tema nas instituições de saúde Dell'Aglio e Bianchini (2006) afirmaram que o estudo da resiliência nesses contextos busca compreender que características individuais e ambientais podem ser modificadas para que os indivíduos apresentem estratégias eficazes de enfrentamento em situações adversas.

Nessa perspectiva, o crescimento de cada indivíduo frente às adversidades, demandas e pressões do meio ambiente, na visão de Grotberg (1995) e de Minello (2010), é que determinará, aparentemente, o tempo de que cada indivíduo necessita para atingir o grau de maturação e de assimilação dessas variáveis, dentro do contexto em que vivem.

Pela ótica da psicologia positiva, se reconhece que todos os seres humanos podem desenvolver habilidades para enfrentar as adversidades a qual estão expostos, sustentados pela premissa de que todos os indivíduos possuem qualidades e virtudes positivas que possibilitam uma melhor forma de viver (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Por meio da psicologia positiva, busca-se identificar as qualidades de um sujeito, dentre elas a resiliência, a qual faz referência à capacidade do indivíduo enfrentar as dificuldades sociais e pessoais que podem vir a causar inconformidade para o seu desenvolvimento.

No que diz respeito aos multiprofissionais da saúde, essas pressões e/ou situações podem contribuir para o desenvolvimento de sua capacidade resiliente, assim como para o referido processo de maturação. O grau de maturação corresponde à capacidade do indivíduo de aprender com as adversidades do meio.

No entanto, para que este processo se torne efetivo, a aceitação dos erros e falhas, a capacidade de ser humilde e estar aberto a ouvir, na perspectiva de Minello (2010) são determinantes para o crescimento individual. Segundo o autor, o período de maturação vivenciado pelo indivíduo, varia de acordo com suas experiências, podendo gerar outro processo, denominado de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento do indivíduo e estimulando um comportamento resiliente mais eficiente ou positivo. O autor concluiu sua ideia argumentando que o indivíduo transcende o papel de vítima, aproveitando a adversidade para aprender.

No entanto, na visão de Garmezy, Masten e Masten (1984), a percepção do indivíduo sobre o estressor pode repercutir na redução de sua capacidade resiliente e no surgimento do estresse, caracterizando uma possível ameaça. Podendo, também, conforme já mencionado por Minello (2010), causar o fortalecimento dessa capacidade, representando um possível aprendizado para o indivíduo.

A partir das considerações expostas, Grotberg (1995) enfatizou que a resiliência é um processo e não apenas uma resposta à adversidade, sendo composta por três aspectos: promoção de fatores resilientes – associada ao crescimento e ao desenvolvimento humano, incluindo diferenças de idade e gênero; compromisso com o comportamento resiliente – identifica a situação de adversidade e, a partir disso, reconhece o nível da resposta; e, avaliação dos resultados de resiliência – valores e resultados obtidos de uma determinada situação, na qual é possível dizer e reconhecer se houve um aprendizado com a experiência.

Sendo assim, considera-se relevante os estudos sobre o fato de que a resiliência está relacionada com a adversidade como geradora do estresse e a adaptação positiva como tentativa do indivíduo desenvolver estratégias de enfrentamento para superar as adversidades do ambiente (LAZARUS; FOLKMAN 1994; LUTHAR; CHICCHETTI, 2000; YUNES SZYMANSKI, 2001).

2.1.2 Estresse, adversidade e adaptação positiva

O termo estresse foi incorporado no âmbito da saúde em 1936, pelo fisiologista Hans Selye, na tentativa de gerar uma resposta geral e inesperada do organismo diante de situações geradoras de tensão (MARGIS et al., 2003). Em 1956 o mesmo autor, descreveu um modelo considerado hoje como clássico: o modelo biológico do estresse, entendido como uma reação interna do organismo em resposta a um agressor. Em outras palavras, o estresse seria um processo por meio do qual o indivíduo percebe e responde a eventos como desafiadores ou ameaçadores (STRAUB, 2005).

Bolzan (2012) e Lazarus e Folkman (1994) afirmaram que, embora certas demandas e pressões do meio produzam estresse em um dado número de indivíduos, diferenças individuais no que se refere ao grupo, parecem ser evidentes.

Os autores ressaltaram que o estresse é uma relação particular entre o sujeito e o meio, interpretada de forma individual e particular.

O indivíduo, ao se deparar com um evento estressor, emite uma resposta não específica, na qual a adaptação a ela parte de fases, em um processo denominado Síndrome de Adaptação Geral (SAG) (SANZOGO; COELHO, 2007).

O termo SAG, segundo Selye (1956), constitui-se de um conjunto de respostas produzidas em um sistema biológico que se desenvolve em três estágios – alerta, resistência e exaustão. Porém, no decorrer da padronização do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (2000), um quarto estágio foi identificado, sendo denominado de quase exaustão. Sendo assim, o modelo quadrifásico proposto por Lipp (2010) está dividido em quatro fases, alarme, resistência, quase exaustão e exaustão, em resposta a um estressor prolongado. A diferença entre os estágios ocorre pela duração da ação do estressor e pelo aparecimento de sintomas orgânicos e/ ou psicológicos (SANTOS; ALVES, 2007).

A fase de alarme é considerada a resposta inicial do organismo ante o estressor. Esta fase é desencadeada por uma série de reações fisiológicas para a sobrevivência, dentre elas o aumento da pressão arterial e a tensão muscular, decorrente da liberação de adrenalina[1] pelo sistema nervoso central. Como ponto positivo do estresse, na fase do alarme há uma elevação no nível de atenção e velocidade na articulação dos pensamentos, além do aumento na motivação, entusiasmo e energia, o que pode ser benéfico, se não for em excesso, gerando maior produtividade no ser humano e disponibilidade para desenvolver novos projetos.

A fase da resistência acontece quando o estressor persiste, e o indivíduo busca se reequilibrar, levando-o a um grande gasto de energia, o que pode reduzir sua capacidade de concentração e desgaste generalizado, predominando a reação passiva na busca pela adaptação. Entre os sintomas desta fase estão à hipertensão arterial, o isolamento social e os problemas de memória e atenção, ocasionados pelo aumento de glicocorticoides[2] na corrente sanguínea (LIPP, 2010).

---

[1] Adrenalina: é um hormônio produzido pelas glândulas suprarenais, cuja secreção é aumentada em situações de estresse, ansiedade, perigo ou qualquer outra situação que deixe o corpo em estado de alerta e pronto para reagir.

[2] Glicocorticóides: hormônio produzido pelo organismo humano, através do córtex da glândula suprarenal que intervém no metabolismo da glicose. Envolvidos em diversas funções fisiológicas e na adaptação a situações de estresse.

A fase da quase exaustão possui como característica o início do enfraquecimento do organismo diante do estresse, as defesas do organismo começam a ceder e o indivíduo não consegue resistir às tensões, podendo surgir doenças, mas, ainda não tão graves como na fase de exaustão.

A exaustão se evidencia pela impossibilidade de resistência ao estressor e surgimento de patologias orgânicas e psíquicas, ocasionadas pela queda brusca de glicocorticoides na corrente sanguínea, consequentemente, com diminuição da imunidade, sendo que, se o estressor permanecer atuando, por um fracasso adaptativo, pode levar o indivíduo à morte (LIPP, 2010). A Figura 1 representa os estágios do estresse.

Figura 1 – Estágios do Estresse
Fonte: http://www.inec-usp.org/cursos.

Para Lazarus e Folkman (1984) as múltiplas consequências do estresse têm um componente biológico, sobre o qual o indivíduo não possui controle, mas, possui fases pela qual participam funções cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem influenciar em tais alterações. Para Lipp (1996) as fontes de estresse podem ser classificadas como internas e externas. O que as diferencia é o fato de englobarem eventos que dependem ou não do controle do indivíduo. Portanto, a capacidade do indivíduo em dar respostas adequadas ao estressor depende do aprendizado prévio, acumulação de conhecimento, vivências e a percepção que a pessoa possui da situação (LIPP, 2010). O que pode ser percebido por um indivíduo como uma ameaça, pode ser visto por outra como um desafio.

A forma como as pessoas percebem e reagem a situações adversas, como o estresse, parece evidenciar a capacidade de resiliência (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Conforme os autores, a percepção que cada indivíduo tem de uma determinada situação, ou seja, se a pessoa for frágil, ficará mais vulnerável; se for mais forte aprenderá com a experiência, mais resiliente será. Diante disso, se percebe a relação entre adversidade, o estresse gerado por ela e a resiliência.

Um nível determinado de estresse é saudável, com tendência a ser importante para o alcance do desempenho das atividades e, adequado para ter uma produtividade satisfatória para um dado momento vivido. O que passa a ser prejudicial é ultrapassar a capacidade de adaptação do indivíduo, se tornando prejudicial à manutenção e equilíbrio da saúde (BOLZAN, 2012; LIPP, 2010; SAVÓIA, 1999).

Diante disso, a natureza dos indivíduos é dependente das condições ambientais determinantes da sua atividade produtiva. O trabalho pode ser considerado como uma das fontes de realização dessa pessoa, definido pela escolha da profissão, atendendo a diversas necessidades humanas como, autorrealização, manutenção das relações interpessoais e sobrevivência. Por outro lado, também pode ser fonte de adoecimento, quando contém fatores de risco para a saúde do trabalhador (DEJOURS, 2012; MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002).

A escolha profissional, em especial para a área da saúde, representa uma mescla de ciência e arte. Como ciência, pressupõe aprendizado e muito estudo, com permanente atualização. Como arte, exige vivência voltada, basicamente, para a intervenção sobre o ambiente, buscando controlar os possíveis agentes nocivos à saúde (SILVA, 2001). Dessa forma, o ambiente de trabalho é percebido de forma naturalizada e os agentes ou riscos ocupacionais externos ao trabalhador.

Conforme o Comitê Misto da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Ocupacional do trabalhador pode ser caracterizada, como:

> A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à sua saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às suas aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade (OIT/OMS apud MENDES, 1980, p. 18).

Esses fatores não são os únicos considerados responsáveis por agravos à saúde do trabalhador, a sobrecarga de trabalho provém de plantões, número excessivo de horas trabalhadas no decorrer de um único dia, com possibilidade mínima de interrupção; exposição à carga física e mental expressivas; questões relacionadas à ergometria; e, salários insuficientes, também geradores de insatisfação profissional, tensão e outros agravos à saúde (BOLZAN, 2012; FORMIGHERI, 2003; MENEGHINI et al., 2011; SILVA, 2006).

Desse modo, os indivíduos passam a se inserir no mundo do trabalho sem participar do resultado final, com enfoque para o mercado e não para si, fragmentando de forma inconsciente a sua produção, levando-os ao sofrimento (COTRIM, 2002).

Ao vivenciarem esse contexto os profissionais tendem a ser acometidos por agravos, como enfermidades psicossomáticas, transtornos psíquicos e fadiga, podendo levá-los a aumentar a possibilidade de desenvolver problemas físicos, sociais e/ou emocionais. Fatores que estão diretamente vinculados ao estresse no trabalho e que, muitas vezes, caracterizam-se como fatores de risco (NORIEGA, 1993; YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Somado a isso enfrentam ainda a dificuldade de participar de um grupo multidisciplinar, com diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com a atividade ocupacional e as mudanças cotidianas (CALAIS, 2010; PARIS; OSMAR, 2008).

Levando em consideração a diversidade das respostas ao estresse, Lazarus e Folkman (1984) sugeriram que o processo de enfrentamento dos estressores pode ser compreendido a partir de aspectos mais globais, podendo haver um estabelecimento de modelos teóricos que indiquem a forma pela qual o indivíduo está respondendo à demanda estressora. Para os autores, o enfrentamento pode ter duas funções: o foco no problema e o foco na emoção. O foco no problema tem como base a relação da pessoa com o meio externo, com ênfase na demanda causadora do estresse. Enquanto que, o segundo, está baseado na resposta emocional ao estressor, com vistas à reação emocional.

Deve-se levar em consideração que, caso o estressor se mostre passível de mudança ou superação, geralmente o foco no problema é mais utilizado. Entretanto, caso a situação já tenha sido avaliada e, mesmo assim, sejam consideradas poucas

possibilidades de mudança, o foco na emoção é mais provável de ser mobilizado (ANTONIAZZI et al., 1998; SAVÓIA, 1999).

Com base nisso, as respostas de enfrentamento tornam-se um foco de estudos a fim de que seja identificado o comportamento dos profissionais diante dos estressores da atividade laboral.

Há autores que sugerem formas alternativas de enfrentamento aos agentes estressores, como religião, suporte social, atividade física, amigos (MINELLO; BIRRER, 2012; SEIDL et al., 2001). Dessa forma, cada indivíduo emite um comportamento individual quanto aos aspectos que provocam desconforto e, consequentemente, desestabilizam o equilíbrio psíquico (SAVÓIA, 1999).

Retomando o significado de resiliência, segundo Tavares (2001), Yunes (2011) e Yunes e Szymanski (2001), como sendo um processo de superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos, comunidade, considera-se três aspectos importantes envolvendo resiliência segundo Yunes e Szymanski (2001): o primeiro está relacionado ao fato de que a resiliência não está no fato do indivíduo evitar situações de risco e ter características saudáveis ou experiências positivas; o segundo é o desenvolvimento do indivíduo; e, o terceiro se refere ao fato que devemos considerar a plasticidade do conceito, pois o que pode ser risco para um determinado indivíduo, poderá ser um fator de proteção para outro.

No que se refere ao estudo da resiliência, os termos estresse, risco e adversidade são mencionados com frequência, como indicativo de experiências negativas. Porém, a maioria dos autores que estuda o estresse parece estar associada a condições temporárias ligadas a eventos da vida. Risco se refere a eventos negativos, os quais quando presentes aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar desajustes físicos, sociais ou emocionais. E ambos, estresse e risco, representam adversidades na vida do indivíduo (MINELLO, 2010).

Considerando a origem do conceito de estresse como sinônimo de aflição e adversidade, Lazarus e Folkman (1994) ressaltaram que não existe resiliência sem que tenha ocorrido uma situação de estresse para promovê-la. Recapitulando, a resiliência é frequentemente mencionada por processos que explicam a ´superação´ de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações (MELILLO; OJEDA, 2005; PINHEIRO, 2004; RUTTER, 1996; TAVARES, 2001; YUNES, 2003).

No campo das ciências humanas e da saúde, o conceito de resiliência faz referência à capacidade do ser humano responder de forma positiva às situações

adversas que enfrenta, mesmo quando estas comportam risco potencial para sua saúde e/ou seu desenvolvimento (ELSEN et al., 2003).

O termo resposta positiva faz referência à maneira como estes seres humanos administram as adversidades que enfrentam ao longo de seu desenvolvimento, reconhecendo seu potencial de risco, mas sem perder a capacidade de mobilizar os recursos pessoais que possuem e, quando necessário, os recursos contextuais que lhes possibilitam enfrentar essas situações e não sucumbir diante delas (INFANTE, 2005).

Diante do exposto, percebe-se que estudos sobre resiliência no contexto brasileiro se restringe a um grupo restrito de pesquisadores, onde a palavra resiliência e seus significados ainda permanecem ´adormecidos´ para a maioria dos estudiosos, enquanto que em outros países é muito utilizado, inclusive para programas políticos de ação social e educacional (YUNES, 2011).

Acredita-se ser fundamental focar este estudo no comportamento dos multiprofissionais da saúde, como forma de contribuir para o exercício das profissões que compõem o quadro da saúde; para formação da identidade e subjetividade desses indivíduos e do contexto no qual estão inseridos.

2.1.3 Comportamento resiliente

A resiliência considerada como processo e o comportamento resiliente dos multiprofissionais da saúde do PRMS, foco do presente estudo, parecem apresentar coerência no momento em que o fator tempo é evidenciado. Remotamente o prejuízo na capacidade de assimilar a aprendizagem era atribuído apenas a déficits cognitivos, no entanto, nos últimos anos, tem sido associado à exposição de eventos estressores específicos (LIPP, 2004,2010; LIPP; NOVAES, 2000).

Certas demandas e pressões do meio ambiente produzem estresse em um número substancial de pessoas, porém, as diferenças de grupo e individuais no grau e no tipo de reação são sempre evidentes (LAZARUS; FOLKAMN 1994). Para Minello (2010) as pessoas e grupos diferem quanto as suas sensibilidades e vulnerabilidades em relação a certos tipos de eventos, bem como em suas interpretações e reações.

Um estudo realizado por Minello (2010) em pesquisas focadas na área de ciências sociais aplicadas parece representar uma nova perspectiva para a ampliação do conhecimento sobre o comportamento humano, neste caso, do empreendedor. Isso se verifica em função de que a associação entre os mecanismos de defesa ou estilos de enfrentamento, o processo da resiliência e a definição dos níveis de resiliência, diante do insucesso empresarial, parece caracterizar o grau de ineditismo do estudo.

Reportando essa abordagem para o contexto da área da saúde, entende- se que, diante das demandas cotidianas da atividade profissional, as pressões provenientes desse ambiente sob os multiprofissionais demandam uma reação para que consigam atender às necessidades emanadas pelo meio (BOLSAN, 2012; MINELLO; BIRRER, 2012).

A maneira e o tempo necessário para a reação de cada indivíduo dependerá da sua capacidade de assimilar as adversidades, chamada por Grotberg (2005) de período de maturação, que vai variar com a capacidade cognitiva e comportamental de cada indivíduo.

As funções cognitivas do indivíduo compreendem orientação, memória, atenção, linguagem e capacidade construtiva visual. São estruturas básicas que oferecem suporte a todas as operações mentais, propiciando a elaboração de informações, permitindo a utilização de experiências anteriores para a adaptação e resolução de novas situações (FEUERSTEIN et al., 1980). Seguindo a linha de raciocínio dos autores o desenvolvimento cognitivo é um processo da maturação neurofisiológico, decorrente da exposição aos estímulos do contexto. O fluxo de informações transmitidas desenvolve tais funções que funcionam como mediadoras do processo da aprendizagem. É o próprio processo de mediação que constrói o conteúdo e a estrutura cognitiva.

No entanto, para que esse processo transcorra de forma positiva, Coutu (2002) evidenciou três características do indivíduo ou organização resiliente: a firme aceitação da realidade; uma crença profunda; e, uma misteriosa habilidade de improvisação.

Essas características, destacadas por Couto (2002), se fazem necessárias para que o indivíduo, no caso deste estudo, multiprofissionais da saúde, superem as adversidades do ambiente, mesmo que seja possível superá-las com apenas uma ou duas das características descritas. Nesse sentido, o fenômeno da resiliência só

pode ser estudado a posteriori*,* pois primeiro é necessária à reação do indivíduo diante da adversidade, para, posteriormente, se identificar e analisar a particularidade da resposta à mesma (MINELLO, 2010).

Diante disso, desajustes emocionais, condições socioeconômicas desfavoráveis, conflitos familiares, carência de redes de apoio, entre outras variáveis associadas à baixa capacidade de resiliência, levam ao aparecimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, incluindo sintomas de estresse, no indivíduo (PINHEIRO, 2004; POLETTO; KOLLER, 2011).

As avaliações cognitivas, destacadas anteriormente, podem constituir-se em uma estratégia ou um conjunto de estratégias denominado de *coping*, ou seja, recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo emprega na tentativa de lidar com eventos estressores, porém, sem tentar efetivamente mudá-los (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). De acordo com os autores, a estratégia de *coping* empregada no manejo de uma situação adversa depende da avaliação que o indivíduo realiza a respeito de tal situação.

Para Lazarus e Folkman (1984), primeiros estudiosos no assunto, *coping* corresponde a um processo pelo qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa/ambiente, que são avaliadas como estressantes e as emoções geradas por elas.

Na visão de Yunes e Szymanski (2001) o *coping* pode ser definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que visam lidar com situações de adversidade que surgem no decorrer da vida do indivíduo, sobrecarregando ou excedendo seus recursos naturais e repercutindo em sua capacidade resiliente.

Assim, *coping* advém da resposta aos estímulos estressantes em diferentes ambientes, como o familiar e ocupacional. O indivíduo, tendo consciência da sua realidade, busca estratégias a fim de resolver ou de adaptar-se à situação estressante. Dessa forma, as estratégias ou estilos de enfrentamento, na perspectiva de Minello (2010) parecem representar a maneira como o indivíduo lida com a adversidade, sendo o *coping* considerado como o conjunto dessas estratégias ou estilos.

A partir do exposto até então, se adotará para o presente estudo a definição de comportamento resiliente proposta por Minello (2010, p. 51) como sendo:

> [...] habilidade de perceber a realidade a partir do estabelecimento de significados para a situação adversa, aproveitar essa situação para desenvolver-se, aprender com os acontecimentos e situações de crise vivenciadas e estabelecer um conjunto de estratégias (*coping*) adequadas para superar a adversidade.

A partir do conceito, se evidencia que o comportamento resiliente pode ser percebido como o movimento do processo da resiliência, o qual se caracteriza pelo conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, chamado de *coping.*

Considerando que o movimento da resiliência original parte de cada indivíduo e que, todos os seres vivos possuem essa capacidade para o desenvolvimento saudável e positivo (GROTBERG, 1997; YUNES, 2011), modificando-se em função de diferentes situações com as quais o sujeito se depara. No caso dos multiprofissionais da saúde do PRMS, foco desse estudo, as adversidades que enfrentam em meio ao campo profissional podem ser geradoras de comportamentos mais ou menos resilientes, ruptura da resiliência original, podendo culminar em comportamento resiliente positivo ou negativo. A este respeito, Vergara (2008) enfatizou os períodos de transição, em geral, como particularmente importantes para a resiliência, por acarretarem estresse considerável.

Diante do exposto, considerando o enfoque decorrente do estresse, da resiliência, da adaptação positiva e do comportamento resiliente sobre o impacto que esses provocam na vida dos indivíduos, essa proposta de pesquisa buscou analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde.

Considerando as especificidades dessa etapa a próxima abordagem discute as possíveis implicações desses fatores no processo da aprendizagem dos multiprofissionais da saúde.

2.2 Processo da aprendizagem

As pesquisas sobre aprendizagem têm se revelado cada vez mais importantes no campo que envolve o comportamento humano. De forma que, compreender situações de aprendizagem constante se tornou indispensável para a renovação de conhecimentos e competências, tanto de indivíduos quanto das

organizações (LE BOTERF, 2003). Trata-se de um fenômeno intrínseco ao ser humano, presente em todos os momentos vivenciais, o que pressupõe contínua interação com o ambiente, levando em consideração papéis desempenhados no decorrer do processo evolutivo em contextos de família, escola, trabalho, grupos de convivência, entre outros.

Interpretar a aprendizagem nas organizações envolve compreender como as pessoas, individual e coletivamente, pensam, decidem e agem ao se defrontarem com os desafios cotidianos em suas atividades de trabalho, voltados para o desenvolvimento de novos mapas cognitivos que possibilitem compreenderem a si próprios, a organização e o ambiente que as cercam, estabelecendo novas atitudes em relação ao trabalho, à organização e ao mundo externo (FLEURY; FLEURY, 2000; KOLB, 1984; SWIERINGA; WIERDISMA, 1995).

Segundo Pawlowsky (2001) o fenômeno da aprendizagem pode ser estudado em seus diferentes níveis, os quais trazem no seu âmago um conjunto de complexas variáveis. Sendo assim, para o presente estudo se apresenta a abordagem teórica adotada para o processo da aprendizagem individual, grupal e organizacional, com maior ênfase à primeira, visto ser o indivíduo o foco deste estudo.

2.2.1 Aprendizagem Individual

As organizações contemporâneas vêm sendo influenciadas pelo novo contexto de mudanças globais de natureza social, econômica, tecnológica e política, e compreender tais processos parece ser um elemento indispensável para o alcance dos objetivos, com vistas a resultados individuais, grupais e organizacionais, fomentando uma nova perspectiva no processo da aprendizagem (ISIDRO-FILHO; GUIMARÃES, 2007).

Diante de transformações tão presentes e significativas, referentes à aprendizagem do indivíduo no contexto das organizações, pressupõe-se que todos aprendem naturalmente. No entanto, apenas aqueles que estabelecem mecanismos sistemáticos de gerenciamento desse aprendizado é que conseguem atingir um determinado grau de conhecimento (ANTONELLO; GODOY, 2011; FERNANDES, 2008).

Os processos de aprendizagem, segundo Neiva e Pantoja (2011), emergem como mecanismos essenciais ao desenvolvimento de novas competências requeridas para que os indivíduos e grupos possam apresentar novos padrões de desempenho, necessários à consolidação das mudanças pretendidas em um ambiente de gestão cada vez mais dinâmico e complexo.

Reportando essa abordagem para as organizações de saúde, estas parecem ser estruturas que vivenciam um processo da aprendizagem continuamente e passam por crescente necessidade de profissionalização, em decorrência da sua estrutura social de trabalho (FEUERWERKER; CECILIO, 2007).

Para Pawlowsky (2001) a avaliação da aprendizagem tem enfoque tanto no indivíduo, com suas capacidades de aprendizagem e possíveis defesas em relação ao ambiente e situações adversas, quanto nos grupos de trabalho, que funcionam a partir de dinâmicas próprias, assim como a aprendizagem que ocorre no interior das organizações e entre elas, considerando-as como entidades que podem aprender.

Na avaliação de Argyris e Schön (1978) as organizações, muitas vezes, impossibilitam que esta aprendizagem seja satisfatória, devido aos métodos usuais de administrar e à falta de competência nas relações humanas. Segundo os autores e com base na teoria cognitivista o aprendizado tem característica idiossincrática, ou seja, o indivíduo constrói os conhecimentos com base aqueles já possuídos, o que lhe confere significado próprio ao seu conhecimento.

É neste sentido que Fernandes (2008, p. 136) definiu aprendizagem como um “processo que implica entendimento do passado – para evitar repetições de erros –, capacitação no presente e preparo adequado para o futuro”. Sendo caracterizada, como um processo de mudança, resultante de práticas ou experiências anteriores, manifestando-se ou não no comportamento humano (FLEURY; FLEURY, 2001).

A aprendizagem teve sua origem na psicologia, através das teorias de aprendizagem, no início do século XX, possibilitando o entendimento da forma como o indivíduo compreende o que acontece no seu ambiente de trabalho.

Associado diretamente ao comportamento humano envolve percepção e construção das crenças, valores organizacionais, significado do trabalho, autocompreensão e emoções (BORGES; ANDRADE; ABBAD, 2004). Segundo os autores estas teorias são responsáveis pela elaboração de métodos de análise organizacional com ênfase na cultura, poder e taxonomias de aprendizagem.

De acordo com Castenõn (2007) existem vertentes teóricas que sustentam os principais modelos de aprendizagem, entre elas o modelo behaviorista que se trata de um fenômeno imensurável e irrelevante ao comportamento humano; estabelecido de forma duradoura como produto da interação do indivíduo com o ambiente. Planejar o processo da aprendizagem implica definir todo o processo, em termos passíveis de observação, mensuração e réplica científica.

Para o modelo cognitivista, a aprendizagem promove mudança duradoura de comportamento, ou seja, é a consciência quem dirige e controla a maioria das ações do indivíduo. Para que ocorra interação com o ambiente é preciso mudanças de modelos mentais ou aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes. Essa teoria possui um elemento interior, subjetivo na aprendizagem que nem sempre pode ser medido e observado (CASTEÑON, 2007). É por isso que os estudos do modelo cognitivista se fundamentam nos processos de pensamento implícitos e nos comportamentos observados. Diante disso, a mudança de mentalidade, atitude e percepção são pressupostos fundamentais para a construção de uma aprendizagem individual (BORGES; ANDRADE; ABBAD, 2004; D'AMELIO, 2011).

Para alguns autores o caminho para mudanças mentais é um processo muito árduo, pois se trata da incorporação de novas formas de pensar e agir. O que pode implicar em barreiras para as organizações prosperarem. Visto por Hamel e Prahalad (2005) como uma visão míope das oportunidades, ameaças e de precedentes não desafiados que constituem a estrutura gerencial existente; corroboradas por Senge (2011) como ideias imersas, profundamente enraizadas na estrutura, difíceis de serem tocáveis, o que as tornam estáticas, paralisadas e impenetráveis.

Nesse sentido, desaprender se torna pré-requisito para aprender, mudar, transformar escolhas em novas oportunidades pautadas em situações novas, erros e acertos (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Ao ser considerado um termo amplo, a aprendizagem pode ser concebida por diferentes abordagens e divergências conceituais. Embora existam autores que defendam a Organização de Aprendizagem (*Learning Organization*) em suas exposições, acabam passando pela Aprendizagem Organizacional (*Organizational Learning*) e vice-versa. A distinção entre Aprendizagem Organizacional (AO) e Organizações de Aprendizagem (OA) emergiu com maior ênfase a partir dos anos 1980 (ANTONELLO, 2005), constituindo-se em duas perspectivas diferenciadas

dentro da temática da aprendizagem nos estudos organizacionais (LOIOLA; BASTOS, 2003).

A OA, segundo Marquardt (1996), é uma das dimensões ou elemento da organização de aprendizagem, que se constitui como um pré-requisito à existência da Aprendizagem Individual (AI). De acordo com Kim (1998) é possível entender a OA a partir da Aprendizagem Individual. Esta envolve um processo por meio do qual as convicções dos indivíduos mudam, sendo estas mudanças codificadas pelos modelos mentais, entendidos como a visão de mundo de uma pessoa e que envolve tanto suas compreensões explícitas quanto as implícitas.

Significa dizer que o indivíduo primeiro interage com a unidade de aprendizagem, para, posteriormente, unir-se a outros determinantes e constituir uma OA (SWIERINGA; WIERDSMA, 1995). Diante disso considera-se que é por meio da aprendizagem que o indivíduo vai ter desenvolvimento pessoal, norteando sua vida rumo ao desenvolvimento humano (KOLB; KOLB, 2005).

A OA está diretamente ligada à pergunta “o que?”, com destaque aos princípios, características e sistemas; permite identificar, promover e avaliar a qualidade dos processos de aprendizagem, concentrando-se nos modelos normativos e metodológicos para criar mudanças. Trata-se de uma habilidade de auto-organização e autoquestionamento (MORGAN, 2010). Para Mariotti (1999) a efetivação desse pensamento organizacional é aprender a acreditar.

Na perspectiva de Swieringa e Wierdsma (1995) as características das configurações de uma OA estão fundamentadas nas seguintes premissas: estratégia, que evidencia o uso do raciocínio e da intuição, na busca do desenvolvimento contínuo; estrutura, que focaliza a composição de equipes flexíveis, acompanhando as necessidades do mercado e do produto; cultura, que enfatiza a criatividade, flexibilidade e resolução de problemas, com foco nas orientações às tarefas; e, sistemas, que se fundamenta nas reflexões para atuação. A Figura 2 representa as características da OA.

Figura 2 – Características distintivas da organização de aprendizagem (OA)
Fonte: Adaptado de Swieringa e Wierdsma (1995)

Conhecer e compreender as diferenças culturais e a maneira como cada indivíduo aprende, com a intenção de utilizar as aptidões e habilidades da sua força de trabalho, parece ser um caminho eficiente (FERNANDES, 2008; KURI, 2004), uma vez que, cada pessoa carrega consigo padrões de pensamento, sentimentos e ações resultantes da aprendizagem.

Para Hofstede (1991), Menezes, Guimarães e Bido (2011) e Tamayo e Porto (2005), a cultura parece ser um fator preponderante no processo da aprendizagem, sendo definida como um conjunto de características comuns que influenciam a resposta dos indivíduos no ambiente, determinando a identidade de um grupo de pessoas assim como seu comportamento.

Em uma perspectiva sociológica, Antonello e Godoy (2010, p.315), consideraram que “toda atividade na vida dos indivíduos é uma oportunidade para aprendizagem e que a aprendizagem em situações sociais casuais é tão importante quanto experiências de aprendizagem formais”. Na visão de Kim (1993) a aprendizagem em nível individual é a que mais se destaca, sustentada pela AO, através da experiência, da observação e da capacidade que o indivíduo tem de realizar uma reflexão sobre a situação. Essa capacidade individual gera estruturas cognitivas e compartilha experiências com os demais indivíduos que compõem a

organização. Para Kim (1993) é através do compartilhamento de estruturas cognitivas e modelos interpretativos que ocorre a aprendizagem organizacional, sendo a organização, neste contexto, considerada uma unidade de múltiplos significados. Complementando, o autor propôs um modelo integrado de OA composto pelo modelo experiencial da aprendizagem e a noção de modelos mentais. Os modelos mentais estão alicerçados nas crenças individuais e nas crenças compartilhadas. A aprendizagem individual está interligada à aprendizagem dos pequenos grupos e da organização de forma em geral, produzindo modelos mentais compartilhados.

Dessa forma, a aprendizagem individual vai depender das mudanças de modelo mental, o que, consequentemente, terá influência na aprendizagem em nível individual e coletivo. Conforme proposto por Kim (1993) o modelo integrado de OA é composto por um modelo experiencial de aprendizagem e pela noção de modelos mentais. Conforme ressalta o autor, a AI envolve um processo por meio do qual as convicções dos indivíduos mudam, sendo estas mudanças codificadas nos modelos mentais, interpretados, na visão de Bido et al. (2011), como a visão de mundo de uma pessoa que envolve tanto suas compreensões explícitas quanto as implícitas. Conforme os autores os ciclos de AI afetam a OA uma vez que, influenciarão os modelos mentais compartilhados na organização.

Para Kim (1993) a OA precisa ser gerenciada por meio de um ciclo completo, ou seja; aprendizado individual, aprendizado organizacional e o vínculo entre os dois processos, atentando para as barreiras ao aprendizado organizacional (A, B, C) (Figura 3).

Frente a isso, a organização apresenta dois níveis de aprendizado: aprendizado operacional – mudanças na maneira como se efetua o trabalho; e, aprendizado conceitual – o porquê se efetuar tais mudanças.

Entre os dois níveis propostos pelo modelo de Kim (1993) tem-se a aprendizagem situacional que ocorre quando o indivíduo se depara com um problema, improvisa e, imediatamente, resolve o problema e dá sequência a uma nova tarefa, sem internalizar aquele conhecimento. Como não há mudança de modelo mental, não há impacto de longo prazo, e a aprendizagem limita-se à situação particular, e a organização não tem como absorver aquela aprendizagem.

Enquanto que, na aprendizagem fragmentada há um vínculo entre os modelos mentais individuais e a memória organizacional rompida, o que resulta em

mudanças de modelos mentais sem alteração da memória organizacional, ou seja; “o indivíduo aprende, mas a organização como um todo não” (KIM, 1993, p. 93). Nessa situação há uma quebra entre o modelo mental individual e o compartilhado e, em caso de perda do indivíduo, a organização perde também o aprendizado, pois o conhecimento está centrado nos indivíduos.

Finalmente, a aprendizagem oportunística, representa o rompimento da memória organizacional, desconsiderando seus valores e cultura. Relacionada a situações nas quais a organização tenta desviar os próprios procedimentos padrões por representarem um impedimento na execução de alguma tarefa específica.

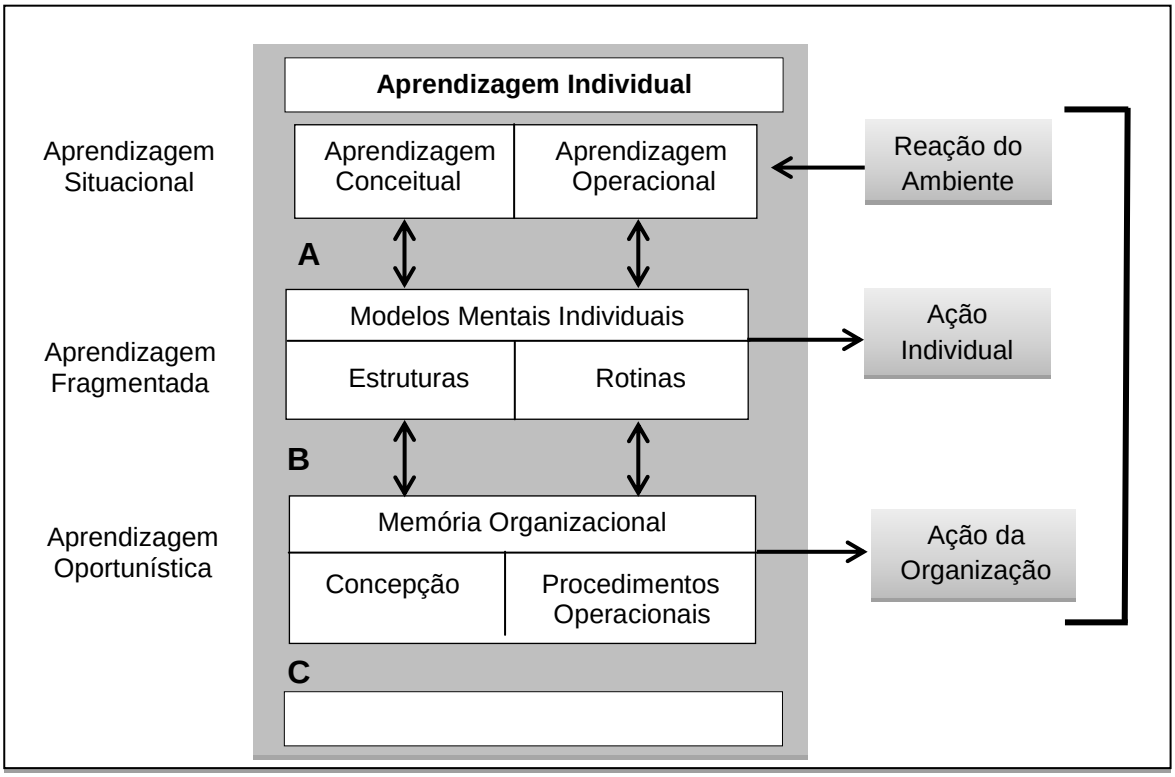

Figura 3 – Modelo integrado de aprendizagem organizacional
Fonte: Adaptado de Kim (1993).

Embora não haja uma realidade externa independente de crenças, tanto os indivíduos como a organização desenvolvem seus próprios modelos mentais e crenças sobre a realidade. Segundo Hayes e Allison (1998), cabe à organização armazenar o conhecimento que é transmitido pelos seus membros no decorrer da evolução histórica.

Para Schein (1982), esse armazenamento está intimamente ligado à cultura organizacional, podendo acarretar muitos problemas caso não esteja bem sedimentado, na internalização e disseminação dos valores e objetivos da organização. Para o autor esta questão está diretamente ligada à questão de *insights*, que estão conectados a questões de informações por meio de atividades cognitivas do indivíduo.

Corroborando esta concepção Kolb e Kolb (2005) basearam sua teoria em quatro fases do ciclo de aprendizagem, denominado de estilos de aprendizagem. Os autores consideraram que cada indivíduo desenvolve suas crenças particulares, baseadas na sua história de vida, no seu ambiente de trabalho. Seu modelo se baseia numa relação dialética, que, segundo Hayes e Allinson (1998), auxilia no processamento das informações, possibilitando interpretação das mudanças no ambiente. O estilo de aprendizagem proposto por Kolb (1984) possibilita ao indivíduo interpretar as situações, avaliar as consequências, ações e situações e usar a compreensão para redefinir os modelos mentais.

Nessa perspectiva, o processo da aprendizagem não é vivenciado por todos os indivíduos da mesma maneira, visto que o estilo de aprendizado que cada um possui é resultado de sua bagagem hereditária, de suas experiências pessoais e das exigências do ambiente em que vive, fazendo com que algumas habilidades sobreponham-se a outras (BIDO et al., 2011; CORRÊA; GUIMARÃES; BIDO, 2011; KOLB, 1984). Os autores reforçaram que, mediante as experiências de socialização na família, escola e trabalho, as pessoas resolvem os conflitos entre ser ativo ou reflexivo e entre ser imediato ou analítico, de formas individualmente características, ou seja, cada pessoa desenvolve um estilo individual de aprendizagem, tornando-se um pré-requisito apara a AO.

Frente a isso, pode-se inferir que cada indivíduo adquire a capacidade de organizar sua aprendizagem, por meio dos estilos de aprendizagem que desenvolve ao longo do seu processo evolutivo, o que o possibilita construir e inventar, e não simplesmente a copiar e repetir aquilo que é experenciado.

2.2.2 Estilos de aprendizagem

Devido ao elevado número de teorias que propõem explicar o significado de estilos de aprendizagem, se torna difícil definir um conceito que contemple o máximo de questões referentes a esse assunto. No entanto, entre os autores há um consenso de que existem diferenças individuais ante a aprendizagem. Cada pessoa tende a reagir de forma particular diante de uma tarefa exigida.

Para Gregorc (1979) e Messick (1984) os estilos de aprendizagem se definem como sendo o estudo das diferenças individuais determinadas por meio das experiências vivenciadas. Derivados dos estudos sobre estilos cognitivos nos anos 1970, os estilos de aprendizagem visam uma orientação mais prática nas áreas educacionais e de treinamento (RIDING; CHEEMA 1991), enquanto que, os estilos cognitivos, seriam reservados para descrições mais teóricas, acadêmicas, traduzindo uma distinção entre os conceitos.

A construção de estilos cognitivos foi originalmente proposta por Allport (1937), e se refere à forma habitual ou típica de um indivíduo de perceber, lembrar, pensar e resolver problemas. A principal diferença entre estes termos é o número de elementos envolvidos. Especificamente, estilos cognitivos estão mais relacionados a uma dimensão bipolar, enquanto estilos de aprendizagem não são necessariamente vistos como extremos.

A necessidade de identificar os estilos de aprendizagem dos alunos permite ao educador utilizar estratégias de ensino que tangenciam as preferências dos aprendizes, assim como favorece e incentiva o desenvolvimento de outros estilos, aumentando, dessa forma, a capacidade de adaptação e flexibilidade a novas metodologias de trabalho (CARDOSO; JANDL, 1998). Associado a isso, Wilson (2000) colocou que as experiências particulares e as demandas atuais do ambiente podem influenciar no desenvolvimento de determinadas habilidades de aprendizagem.

Nessa perspectiva, alguns alunos têm maior facilidade em compreender modelos matemáticos e abstrações; outros compreendem melhor as informações recebidas quando as trazem para o mundo real; outros possuem preferência pela leitura e por ouvir; enquanto outros necessitam de estímulos visuais para que o aprendizado se torne efetivo (DINIZ, 2007).

Pernomian (2008) ressaltou que, para obter um desempenho mais efetivo entre os aprendizes, é necessário e de grande relevância a identificação do perfil das turmas ou grupos como forma de aplicar o melhor método de ensino. Essa particularidade, segundo Trevelin e Belhot (2006), proporciona um melhor aproveitamento acadêmico e decréscimo de problemas de ordem disciplinar, o que permite compreender a maneira particular na qual a mente recebe e processa a informação. Segundo os autores, não há melhor estilo de aprendizagem, apenas estilos que se adaptam a situações diferentes.

Ao elaborarem seus modelos explicativos sobre estilos de aprendizagem, os autores ressaltam variáveis constituintes destes estilos. Dessa forma, Butler (1982) apresentou quatro dimensões de estilos de aprendizagem que devem ser levados em consideração: cognitiva – compreende os diferentes modos dos indivíduos perceberem e ordenar as informações e ideias mentalmente; afetiva – compreende fatores sociais e emocionais e a forma como estes afetam as situações de aprendizagem; fisiológica – envolve as sensações auditivas, verbais e sinestésicas as quais são utilizadas na aprendizagem; e, psicológicas – como a força individual e interna afeta a aprendizagem individual.

Para Felder e Silvermann (1988) a aprendizagem é considerada como um processo de duas fases, envolvendo a recepção e o processamento da informação e, com isto, define-se o estilo que aprendem. Os autores referem-se à maneira como o aprendiz utiliza as estratégias de aprendizagem na construção de seu conhecimento. Cada sujeito percebe e processa a informação de maneira diferente, implicando em processos de aprendizagem e obtenção de diferentes conhecimentos.

Na perspectiva de Kuri (2004) o conhecimento e a análise dos estilos de aprendizagem oferecem indicadores que auxiliam na interação entre as características de cada indivíduo com as realidades existenciais vivenciadas e promove, assim, o autoconhecimento.

No intuito de compreender as variáveis que compõem os estilos de aprendizagem, Curry (1983) elaborou um modelo de classificação em três níveis: estilo cognitivo da personalidade, estilo de processamento da informação e preferências instrucionais. No ano de 1991 o autor incluiu em sua proposta um quarto nível, denominado de interação social sugerido por Claxton e Murrell (1988).

Para exemplificar sua classificação em quatro níveis, Curry (1991) utilizou a metáfora das camadas da cebola. Onde, cada camada representa os elementos constituintes do estilo de aprendizagem. E a posição da camada indica o nível de interferência ou mutabilidade na formação dos estilos. A Figura 4 ilustra essa abordagem.

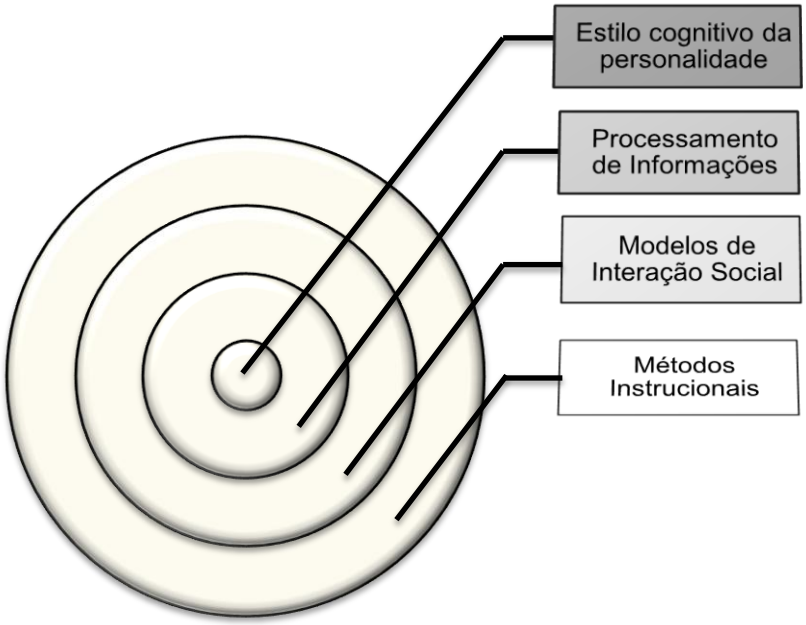

Figura 4 – Componentes dos estilos de aprendizagem com a adição do nível sugerido por Claxton e Murrell (1987)
Fonte: Adaptado de Claxton e Murrell (1988).

A camada mais externa, proposta por Curry (1991), ´métodos instrucionais´, está relacionada ao ambiente preferido para aprendizagem do aprendiz, correspondendo à metodologia proposta pelo professor.

A segunda camada, ´modelos de interação social´ faz referência às predileções do aprendiz em sua interação social, ou seja, a forma como o indivíduo interage na sala de aula, com a descrição dos diferentes papéis assumidos pelo aluno na interação com colegas, professores e conteúdo.

Na terceira camada da cebola, ´processamento das informações´, o foco está centrado na aproximação e no tratamento da informação. Constitui-se de estratégias de aprendizagem escolhidas pelo aprendiz, relacionando as teorias que envolvem a abordagem intelectual preferida para assimilar informações. Esta camada é

considerada como o estilo menos mutável em relação aos dois anteriores, no entanto, pode ser modificado com mais facilidade em relação ao último.

O último nível, ou quarta camada, ´estilo cognitivo da personalidade´, trata-se de uma dimensão relativamente estável da personalidade.

Muitos modelos teóricos foram criados e propostos por pesquisadores em todo o mundo para medir as dimensões dos estilos de aprendizagem e suas tipologias, com a finalidade de explicar como se dão os processos que geram a aprendizagem. Como, por exemplo, os instrumentos de Grasha (1972), Kolb (1976), Nunney (1978) e Witkin et al. (1977). Além destes, há modelos mais atuais como o Índice de Estilos de Aprendizagem, de Felder e Soloman (1991), que considera que o estilo de aprendizagem é definido pelo modo como o indivíduo recebe, retém e processa as informações.

Dentre os diversos modelos teóricos e instrumentos existentes que se propõem a explicar e mensurar a formação dos estilos de aprendizagem, foi adotado para este estudo o Índice dos Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman (1991), como instrumento para mensurar os estilos de aprendizagem do grupo de multiprofissionais do PRMS. Da mesma forma, adotou-se para este estudo o conceito de estilos de aprendizagem como sendo a maneira preferencial que os indivíduos escolhem para receber, processar e reter a informação (FELDER; SILVERMAN,1988).

2.2.3 Aprendizagem grupal

Estudos com enfoque na aprendizagem grupal nas organizações têm sido realizados com base em reflexões teóricas, baseadas em autores como (BIDO et al. 2011; CANNON; EDMONDSON, 2001; EDMONDSON, 1999, 2002, 2004, 2006, 2008; EDMONDSON; BOHMER; PISANO, 2001; GINO, 2008; GODOY, 2011), entre outros.

Para Bido et al. (2011) e Pawlowsky (2001) a aprendizagem organizacional dever ser interpretada de forma distinta da aprendizagem individual, com ênfase para o nível grupal, uma vez que os times ou grupos de trabalho funcionam como ´porta de entrada´ para a aprendizagem organizacional.

Para Cardoso e Dall'Agnol (2011) a construção da grupalidade perpassa as noções de recomposição de saberes e da equipe como totalidade, embora se entenda que essa totalidade não exista, nem a uniformidade de ideias e de visão de mundo. A equipe perfeita na concepção dos autores está mais no plano da idealização do que propriamente da realidade, sendo necessário quebrar o mito da perfeição e aprender a lidar com as imperfeições.

A aprendizagem grupal na visão Edmondson (2002, p.129) é definida como "um processo no qual o time escolhe as ações, obtém e reflete sobre o feedback, e faz mudanças para adaptar ou melhorar. O grupo só terá aprendido quando seus integrantes tiverem se organizado de modo a realizar eficientemente uma determinada tarefa (REIS, 1975). Essa ação desencadeia um método criativo a partir dos recursos que já se possui, o que caracteriza, segundo Rivière (2010), um contínuo processo em espiral.

Ao examinar em que extensão e em quais condições a aprendizagem ocorre nos grupos de trabalho, Bido et al. (2010) e Edmondson (1999) concluíram que, tanto os aspectos estruturais quanto os interpessoais influenciam na aprendizagem e no desempenho das equipes. Diante disso, nem toda aprendizagem leva necessariamente à melhoria de processos organizacionais, pois o resultado da aprendizagem depende, em grande parte, do conteúdo aprendido (HUYSMAN, 2001). O que para Argyris e Schön (1996) se trata de um artifício espontâneo do ser humano, uma vez que, as pessoas tendem em alguns momentos a agir de forma a inibir a ocorrência da aprendizagem.

Kim (1993) afirmou que todas as organizações, conscientemente ou não, aprendem, visto ser a aprendizagem um fator fundamental à continuidade de sua existência. No entanto, para Guimarães (2004), não se trata de um fato simples, que deva ser visto apenas pelo seu sentido positivo.

Para Edmondson (2002) este tipo de aprendizagem é representado em um modelo organizado, desenvolvido em torno de dois conceitos importantes. O primeiro faz referência à segurança psicológica, definida pela autora como o conjunto coletivo de crenças compartilhadas e suportadas pelos integrantes dos times, de forma que os grupos representem local seguro para as tomadas de decisão interpessoais, devido ao baixo risco presente junto aos indivíduos que os integram. Com base nesse conceito Edmondson (1999) referiu-se à segurança psicológica do grupo, onde esta tende a ser tácita e transferida para os demais

componentes do grupo de uma forma tranquila e para que possam agir. Essa abordagem propicia um ambiente agradável, acolhedor, onde seus integrantes não se sentem rejeitados ou punidos, por falar o que pensam.

O segundo conceito, desenvolvido pela autora, se sustenta no comportamento da aprendizagem, referindo-se a um conjunto de posturas desenvolvidas pelos integrantes dos times e que são identificados por uma série de comportamentos observáveis, dos quais as equipes de trabalho obtêm os dados e processam com a finalidade de aumentar o seu desempenho. Essa abordagem, segundo Edmondson (1999), é sustentada pela aprendizagem interna, associada ao comportamento da aprendizagem demostrado pelos indivíduos dos grupos, à medida que eles buscam identificar o impacto das ações na organização.

Corroborando a ideia Antonello (2007) depositou a aprendizagem externa como sendo constituída pela avaliação efetuada e recebida dos vários clientes das equipes e/ou gestores que estão em busca de novas informações, ou seja, uma troca de conhecimentos.

De acordo com as estratégias do comportamento de aprendizagem, os grupos de trabalho podem detectar mudanças no ambiente, captar e agir sobre os desejos dos consumidores e melhorar sua abordagem coletiva. No entanto, para que esse comportamento se desenvolva de forma sadia, o grupo precisa ter segurança psicológica suficiente para atender às demandas internas e externas, constituindo-se numa mistura de confiança e respeito (ANTONELLO, 2007; AYRES, 2008; EDMONDSON, 1999).

Nessa perspectiva, Edmondson (1999) vinculou o conceito de aprendizagem ao processo da aprendizagem, integrando-o para a abordagem de Kim (1993) e Kolb (1976), em relação ao ciclo de aprendizagem individual, fazendo referência que a aprendizagem resulta do processo de *feedback* interativo, ou seja, o desenho, a execução e a reflexão sobre os resultados alcançados.

Embora comportamentos que levam à aprendizagem como dar e receber *feedback*, compartilhar informações, solicitar ajuda, falar a respeito dos erros, experimentar novas ações e atividades, seja esperados das equipes, por propiciarem melhor entendimento coletivo das situações de trabalho, nem sempre este tipo de comportamento está presente nas organizações (EDMONDSON, 1999).

Para Antonello (2007), Bido (2010), Edmondson (2002) e Kim (1993), os problemas decorrentes da transferência da aprendizagem grupal para a

organizacional estão relacionados aos *feedbacks* recebidos de forma inadequada ou incompleta, decorrentes da ruptura de parte do processo de comunicação, não havendo um desfecho efetivo.

Diante do exposto, a aprendizagem, seja ela individual, grupal ou organizacional, podem ser percebidas como um processo independente, mas, ao mesmo tempo, interdependente, uma vez que a ausência de uma impossibilita a execução da outra, requerendo condições favoráveis para o desenvolvimento da aprendizagem no trabalho organizacional (EDMONDSON, 2002; GARVIN, EDMONDSON; GINO, 2008).

2.2.4 Aprendizagem organizacional (AO)

Para Argyris e Schön (1978) as organizações não produzem as ações que as levam ao aprendizado; essas são realizadas pelos próprios indivíduos que as compõem. Dessa forma, as organizações podem criar condições que facilitem a existência de estruturas, obviamente compostas por indivíduos, que viabilizem o aprendizado de toda organização. Dessa forma, a AO pode ser definida como o processo de detectar e corrigir erros.

Apesar de ser vasta e crescente a literatura referente ao tema AO, existe muita discordância ao que é e como ocorre. No exemplo abordado por Dodgson (1993, p. 376-7) tem-se que “os economistas tendem a ver a aprendizagem como simples melhorias quantificável nas atividades ou como formas abstratas e definidas vagamente como resultados positivos”. A ênfase baseia-se na quantificação dos resultados. Enquanto que os administradores percebem a aprendizagem como uma “vantagem competitiva sustentável”, como uma estratégia inovadora eficiente. Na visão dos psicólogos, a aprendizagem examina os processos, estrutura organizacional, conhecimentos, normas, rotinas, *insights*, cultura e valores.

Para Dodgson (1993) e Santos (2011) esses processos são fundamentais, uma vez que visam desenvolver a eficiência organizacional por meio de melhorias de habilidades em relação à força de trabalho.

Do ponto de vista metodológico a “a aprendizagem organizacional pode ser tanto qualitativa quanto quantitativa distinta da soma de processos de aprendizagem

individual"; o que faz pensar o papel de subtração ou diminuição quanto ao conhecimento de todos os indivíduos juntos (PROBST; BÜCHEL, 1997, p.16). Diante disso, tende a ser vista como uma metáfora que permite que as organizações sejam definidas por conceitos próprios do homem ou por meio do seu comportamento (BASTOS et al., 2004).

Para Argyris e Schön (1978) a AO não é meramente uma aprendizagem individual, embora organizações aprendam somente através da experiência e ação dos indivíduos. Pode-se afirmar que nem sempre a AI é convertida em ações que possam fazer a diferença em termos práticos, processos e rotinas na organização.

Os autores classificaram a aprendizagem organizacional em três níveis: Aprendizagem de circuito simples (*single loop*), ou aprendizagem incremental – relacionada à detecção e à correção dos erros, geralmente, com efeitos de curta duração. O foco de atenção é obter informações para estabilizar e manter um sistema existente, sem intenção de alteração. Toda vez que um erro for resolvido sem que tenha havido um questionamento sobre sua origem, os modelos mentais não são questionados; Aprendizagem de circuito duplo (*double loop*) ou aprendizagem transformadora – de visão mais profunda, procura a origem do problema, envolve transformação dos valores e princípios constituintes das variáveis envolvidas. É um processo intimamente relacionado à cognição, que modifica valores da teoria em uso. Para Argyris e Schön (1978) as organizações são consideradas sistemas de processamento de informações, capazes de aprender num nível mais profundo, através da compreensão dos erros, revendo premissas e valores fundamentais da organização. O que para Morgan (2010) tende a ser visto como um determinante de autoquestionamento e auto-organização, calcado na habilidade de aproveitar as oportunidades para aprender; Aprendizagem *deutero* (*triple loop*) – aquela que ocorre quando um indivíduo ou organização aprende por suas experiências e reflexões. Consiste de como o indivíduo ou a organização aprende a aprender. A ideia baseia-se em seguir os passos: realizar uma ação; verificar os resultados, analisar a diferença entre o planejado e o real e realizar outra ação. Argyris e Schön (1978) denominaram esse método de *"learning about learning",* relacionado às mudanças por parte dos indivíduos que integram a organização. Mudanças estas associadas a transformações estratégicas.

Seguindo a linha de raciocínio de Argyris e Schön (1978), Nonaka e Takeuchi (1997) sustentaram o processo de aprendizado em dois tipos de atividades: o

aprendizado *know-how*, que tem finalidade de resolver problemas específicos com base nas premissas existentes; e, o aprendizado que estabelece novas premissas (paradigmas, esquemas, modelos mentais ou perspectivas) com o intuito de anular as existentes. Conhecidos também como “Aprendizado I” e “Aprendizado II” conforme Bateson (1973), ou “aprendizado de circuito simples” e “aprendizado de circuito duplo” conforme Argyris e Schön (1978). Segundo Nonaka e Takeuchi (1997) a criação do conhecimento, certamente, envolve interação entre esses dois tipos de aprendizado, que formam uma espécie de espiral dinâmica. Para eles, a criação do conhecimento organizacional é um processo em forma de espiral, que tem seu início no nível individual e vai subindo, ampliando comunidades de interação, que cruzam fronteiras entre seções, departamentos, divisões e organizações.

Com base nisso, os autores desenvolveram um modelo pelo qual o conhecimento é gerado e disseminado na organização. O modelo estrutura-se sob duas dimensões: o ontológico, que remete ao fato de que o conhecimento só é criado por indivíduos e diante do conhecimento organizacional. Consiste no processo de ampliação do conhecimento desenvolvido organizacionalmente pelos indivíduos, a partir de uma comunidade de interação; e, a dimensão epistemológica, que tem por base a distinção entre o conhecimento tácito e explícito. O conhecimento processual (tácito) é o conhecimento que está implícito, interiorizado, difícil de ser articulado em palavras, consequentemente, difícil de ser transmitido. Enquanto o conhecimento declarativo (explícito) é aquele que propicia uma maior articulação, sendo possível sua transmissão por meio de um modelo em formato de espiral.

No modelo de Nonaka e Takeuchi (1997) a transformação é interativa e pressupõe quatro modos de conversão do conhecimento tácito e o explícito: socialização – processo de compartilhamento de experiências por meio de algumas formas de aprendizado, do tipo, observação, imitação e prática; externalização – processo que relaciona o conhecimento tácito com conceitos explícitos na forma de metáforas e analogias, hipóteses ou modelos; combinação – modo de conversão de conhecimento que envolve a junção de conjuntos diferentes de conhecimento já explicitados. Os indivíduos se utilizam de meios como documentos, reuniões, conversas; internalização – processo de incorporação do conhecimento explícito em conhecimento tácito, sendo a aprendizagem uma forma de efetuar essa conversão.

É nesse modo de conversão que tem origem o “conhecimento operacional”, que está relacionado ao conhecimento compartilhado pela socialização, externalização e combinação, incorporadas às bases do conhecimento tácito do indivíduo.

No entanto, para Swieringa e Wierdsma (1995), a aprendizagem não se reduz a um processo consciente de aquisição de conhecimentos, grande parte da aprendizagem é desenvolvida de forma inconsciente. Os autores concluem que a aprendizagem consciente é cumulativa, progressiva, permitindo que o indivíduo decida sobre o que e como aprender, contribuindo no desenvolvimento de sua capacidade de aprender. Já a aprendizagem inconsciente se dá pela repetição, pela imitação de modelos e de condutas, cujos resultados foram satisfatórios, não levando em consideração novas tecnologias, inovações, mudanças e princípios que regem as ações. Finalizam comparando a aprendizagem consciente e inconsciente, respectivamente, à aprendizagem pela educação e pela experiência.

Associado a isso, Senge (2011) referenciou os modelos mentais, fazendo alusão às noções de crenças individuais e crenças compartilhadas. O que significa que modelos mentais são compartilhados, ou seja, aprendizagem individual e organizacional se cruzam, compartilhando conhecimento e enriquecendo a aprendizagem.

Para Kim (1993) os modelos mentais se formam a partir de experiências, socialização primária, com seguimento na secundária com o desenvolvimento do ser humano. Não são fixos nem definitivos. O autor ressalta que à medida que ocorre o desenvolvimento do indivíduo ele vai adquirindo mais conhecimento e os modelos mentais vão sendo reelaborados, moldados pelas novas experiências.

A Figura 5 demonstra um esquema síntese da AO, partindo dos três níveis de aprendizagem propostos por Argyris e Schön (1978), e da aprendizagem individual e sua relação com a aprendizagem organizacional proposta por Swieringa e Wierdsma (1995).

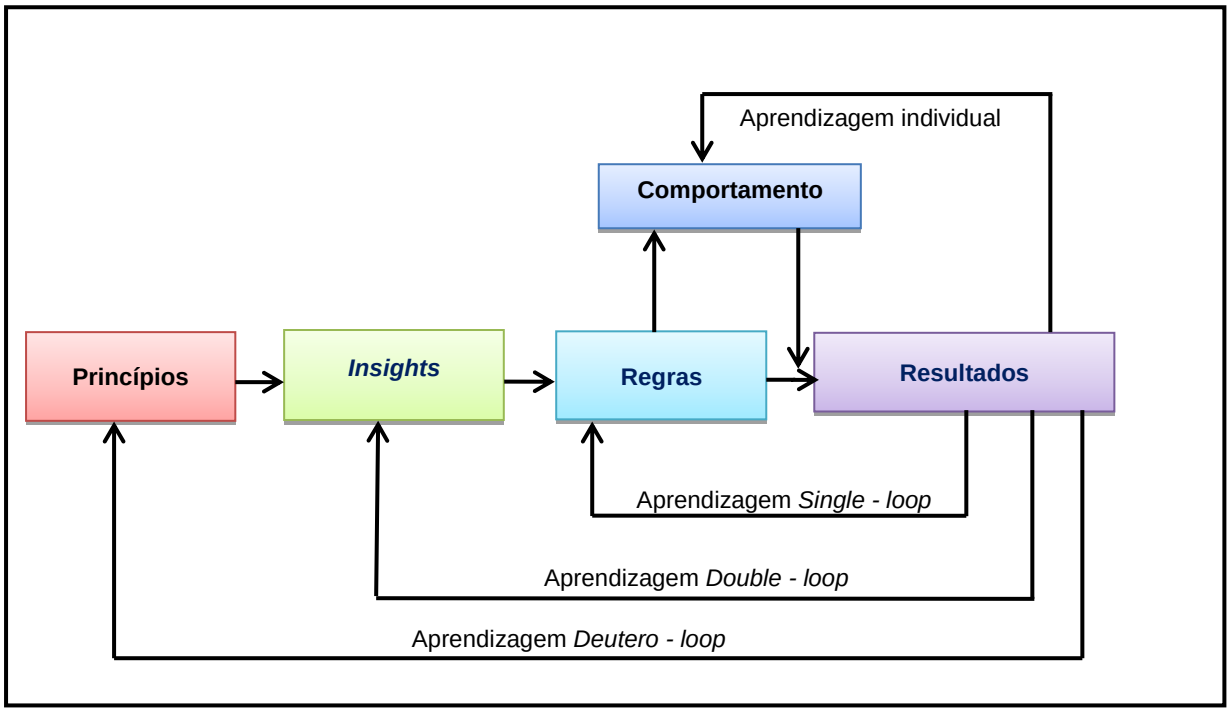

Figura 5 – Aprendizagem Individual e os níveis de Aprendizagem Organizacional
Fonte: Adaptado de Swieringa e Wierdsma (1992).

Kim (1993) afirmou que todas as organizações, conscientemente ou não, aprendem, visto ser a aprendizagem um fator fundamental à continuidade de sua existência. No entanto, Huysman (2001) ressaltou que nem toda aprendizagem leva, necessariamente, à melhoria de processos organizacionais, pois o resultado da aprendizagem depende, em grande parte, do conteúdo aprendido.

Nesse sentido, Hayes e Allinson (1998) propuseram que a organização armazena o conhecimento que é acumulado ao longo do tempo, a partir da aprendizagem dos seus membros, sob a forma de um código organizacional, o qual é tido como verdade. Ao mesmo tempo em que os modelos mentais da organização afetam as crenças dos indivíduos, é por meio dos modelos mentais individuais compartilhados que vão sendo criadas e modificadas as normas que regulam o comportamento nas organizações (FLEURY; FISCHER 2009).

Assim, parte-se da premissa de que os processos de aprendizagem fazem parte integrante da cultura e da estrutura organizacional, necessitando ser compreendidos de forma multifatorial, visto que são influenciados tanto por aspectos intrínsecos ao próprio indivíduo, ou seja, biológicos, emocionais, cognitivos e psicológicos, como por fatores contextuais, relacionados à família, à escola e à

comunidade, ao trabalho, entre outros (BIDO et al., 2011; TAMAYO; PORTO, 2005; ZANELLA, 2006).

O processo da aprendizagem individual, grupal ou organizacional no contexto do indivíduo tende a ser um indicador de mudanças comportamentais através das experiências vivenciadas pelo indivíduo, no caso deste estudo, nos multiprofissionais da saúde. Considerando o período de formação profissional como um momento de mudanças e conflitos, consequentemente, um possível gerador de estresse, tende a tornar os indivíduos suscetíveis a dificuldades emocionais e psicológicas, tornando-os particularmente vulneráveis (MARTÍNEZ; SEMRUD-CLIKEMAN, 2004).

A possibilidade de se depararem com situações que exijam estratégias de enfrentamento para que consigam dar conta da demanda do ambiente ocupacional o qual estão inseridos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), pode ser um fator de desajuste comportamental (SAVÓIA, 1999), podendo ter reflexo no ato de aprender, assim como na assimilação dessa aprendizagem pela organização.

O próximo capítulo versa sobre o método abordado para o estudo realizado.

3 MÉTODO DE PESQUISA

Este capítulo tem como principal objetivo apresentar o percurso metodológico que norteou o presente estudo. A pesquisa foi conduzida por meio de duas etapas. A primeira etapa contempla a abordagem quantitativa, a segunda, possui enfoque na abordagem qualitativa, ambas de natureza exploratória, realizadas por meio de um estudo de caso.

3.1 Delineamento da pesquisa

A abordagem quantitativa pode ser usada em estudos de grandes aglomerados de dados e de conjuntos demográficos, partindo de um contexto a ser descoberto e, construída a partir de um fenômeno social (MINAYO; SANCHES, 1993; SAMPIERI et al., 2006), o que proporciona maior aplicabilidade no levantamento do perfil de determinada população.

Para Sampieri et al. (2006) a abordagem quantitativa identifica o grau de conhecimento e opiniões, hábitos e comportamentos; busca quantificar os dados e generalizar os resultados da amostra para a população alvo; e, relatar os acontecimentos e fatos que deem informações específicas da realidade da qual se pode explicar e prever.

Na visão de Richardson (2011) este enfoque estabelece uma metodologia predefinida ao respondente, reduzindo a heterogeneidade da coleta de dados, inferindo maior confiabilidade aos resultados; o que possibilita medir com precisão as variáveis do estudo buscando averiguar sua influência sobre outras variáveis (CHIAZZOTI, 2001; SAMPIERI et al., 2006).

A utilização dessa abordagem se justifica em função de que seu objetivo – analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais residentes da saúde –, para ser alcançado, necessita desvendar o contexto social no qual os sujeitos estão inseridos, no intuito de identificar o comportamento dos indivíduos que integram o PRMS.

A pesquisa qualitativa, por sua vez, na perspectiva de Antonello e Godoy (2011), ocupa uma posição de destaque entre as várias possibilidades técnicas existentes, partindo do contexto subjetivo do indivíduo, fundamentado em experiências vividas, a partir de seus valores, crenças, percepções, sentimentos e suposições. Nesse sentido, Godoy (1995), apresentou um conjunto de aspectos essenciais para identificar uma pesquisa de caráter qualitativo: o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como um instrumento fundamental; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação essencial do investigador; e, o enfoque indutivo em relação à análise dos dados.

Dessa forma, a abordagem qualitativa aplica-se adequadamente a situações em que se busca compreender aspectos psicológicos relacionados ao fenômeno em estudo (SAMPIERI et al., 2006). Os autores complementaram sugerindo que esse enfoque tem como ponto de partida desvendar o ambiente vivencial, partindo de pressupostos construídos pelo indivíduo, os quais dão significados ao fenômeno social, por meio do uso de uma linguagem natural como a fala; e, tem como finalidade, buscar entender o contexto e/ou o ponto de vista do ator social.

Diante disso, a utilização dessa abordagem para os multiprofissionais gestores da saúde parece ser coerente, visto que o comportamento resiliente e a aprendizagem estão dentro de um contexto social, o PRMS, onde vivenciam e interagem com o ambiente, a partir de seus valores, crenças, percepções, sentimentos e suposições, expressos pelo comportamento das pessoas; caracterizando a abordagem qualitativa.

Apesar das diferentes naturezas de cada abordagem, percebe-se que a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo proporcionou maior amplitude de análise, conforme sugerido por Goldenberg (1997) e Minayo Sanches (1993) e, diminuindo o risco de a pesquisa tornar-se inconsistente (AMARATUNGA et al., 2002).

Diante do exposto, a utilização das duas abordagens, quantitativa e qualitativa, possibilitou levantar dados da realidade do contexto em que o fenômeno em questão acontece, buscando mensurá-lo e explicá-lo, tendo como objeto de pesquisa os multiprofissionais residentes e os gestores do PRMS.

Nesse sentido, a escolha do método se deu com base no objetivo do estudo, sendo que o enfoque quantitativo pode gerar questões para uma abordagem qualitativa e vice-versa. Essa perspectiva é defendida por diversos autores, os quais

compartilham a ideia de que a utilização dos dois métodos em uma mesma pesquisa, quando viável, enriquece o estudo, devido a maior profundidade de análise e fidedignidade dos dados coletados do fenômeno pesquisado (AMARANTUGA et al., 2002; MINAYO; SANCHES, 1993; SAMPIERI et al., 2006; VIEIRA, 2004).

No que se refere a pesquisas do tipo exploratório, Hair (2005) afirma que esse tipo de pesquisa caracteriza-se pela busca do esclarecimento e pela modificação de conceitos e ideias; tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores e, tendo como direção percepções, comportamentos e necessidades do pesquisador; possibilitando a exploração de problemas do comportamento humano (SAMPIERI et al., 2006).

Para Amarantuga et al. (2002) e Yin (2010), os estudos exploratórios são adequados quando se busca investigar um fenômeno contemporâneo no contexto natural em que ocorre, no qual o pesquisador tem pouco ou mesmo nenhum controle sobre os eventos. Ou seja, os limites entre o acontecimento e o contexto não estão claramente definidos, dando ênfase “as várias dimensões que ele se apresenta, assim como o contexto em que se situa” (GODOY, 1995, p. 26). Sampieri et al. (2006) sugeriram que essa estratégia busca ampliar a compreensão do objeto estudado, contribuindo para a área científica a partir de conhecimentos gerados.

De acordo com Selltiz et al. (1972, p. 61) “estudos exploratórios possuem indicação onde o conhecimento é muito reduzido”, o que justifica a adoção do tipo exploratório como estratégia de pesquisa para este estudo, visto que, a partir de seu objetivo – analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde – fica evidente que a compreensão na perspectiva dos multiprofissionais residentes e gestores foi necessária para o alcance do referido objetivo. Outro aspecto a ser considerado é o fato de que este estudo proporcionou a ampliação do conhecimento dentro de um contexto específico, no qual poucos estudos foram realizados e/ou publicados sobre o tema em questão, o qual envolve o comportamento resiliente e a aprendizagem especificamente de um grupo de multiprofissionais da saúde.

Em relação à estratégia de pesquisa adotada, optou-se pelo estudo de caso único que se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, para investigar um fenômeno contemporâneo no seu contexto natural (GODOY, 1995; YIN, 2010).

Cabe salientar, que para este estudo faz se referência ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) como sendo um único programa. No entanto, é importante esclarecer que se trata de três programas de residência, os quais estão subordinados a uma coordenação geral, a um único projeto pedagógico e um regimento interno, que prevê metodologias de aprendizagem orientadas pelos dispositivos da gestão e atenção à saúde ampliada (UFSM, 2010). Isto se justifica pela característica de equidade a qual os três programas estão destinados, que é qualificar profissionais com competências para atuar em diferentes níveis de atenção do SUS, de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, considerando as prioridades locorregionais, no intuito de desencadear processos de mudança no modelo de prestação dos serviços de saúde.

Dessa forma, o estudo de caso foi escolhido por representar uma alternativa metodológica adequada, pois permite a retenção de características significativas e holísticas de eventos da vida real. Perguntas do tipo “como?” e “por quê?” refletem uma preocupação explicativa que, em ciências sociais, requer uma abordagem ampla, a mais completa possível, e que analisa fatos que se desenvolvem ao longo do tempo (YIN, 2010).

Essa estratégia permite descrever a complexidade de determinado problema e analisar em maior profundidade o comportamento dos indivíduos, tendo como foco um ambiente em particular (EISENHARDT, 1989). Na perspectiva de Godoy (1995), apesar de o estudo de caso possuir em essência, um caráter qualitativo, pode comportar dados quantitativos para clarificar aspectos relacionados ao problema de pesquisa.

Nesse sentido, o estudo de caso é coerente para esta proposta de pesquisa, pois a análise do comportamento resiliente e sua contribuição no processo da aprendizagem de multiprofissionais da saúde requer profundidade para ser compreendida, pois representa um comportamento dentro de um contexto específico e em uma situação real da atividade profissional desses indivíduos. Desta forma, proporciona a possibilidade de reunir evidências de diversos níveis e inter-relacionar os fatores associados ao contexto de ocorrência desse fenômeno.

Sendo assim, a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa possui como objetivo aprofundar o conhecimento sobre os resultados obtidos por meio da triangulação que, segundo Goldenberg (2000) e Triviños (2007), permite que o

pesquisador tenha um aprofundamento sobre o tema investigado, e que faça um cruzamento de suas conclusões, de modo a ter maior confiança nos resultados.

Em função do exposto até então, e, no intuito de facilitar o entendimento dos procedimentos metodológicos adotados, tanto para a abordagem quantitativa quanto para a qualitativa, se optou pela apresentação destes separadamente, para cada uma das abordagens, iniciando pelo enfoque quantitativo, seguido pelo qualitativo, complementando com o processo de triangulação.

3.2 Abordagem quantitativa

Apresenta-se a seguir a abordagem quantitativa, contemplada pela definição da população, coleta de dados e análise dos dados.

3.2.1 Definição da população

O público pesquisado foi os multiprofissionais residentes do PRMS, de uma universidade pública da região central do Rio Grande do Sul (RS). Este programa está vinculado ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação, estabelecido pela Lei Federal nº 11.129, de junho de 2005.

A escolha por este público ocorreu em decorrência de ser uma área com poucos estudos, pelo acesso livre da pesquisadora aos referidos profissionais, pelo fato de atuar profissionalmente no programa e, pelo interesse da instituição em realizar estudos que possam contribuir para a institucionalização do programa em questão, visto que sua implantação, na região central do Rio Grande do Sul, ocorreu recentemente.

Em função do objetivo deste estudo e do universo de pesquisa ser relativamente pequeno, considerando-se a abordagem quantitativa, essa particularidade reduziu significativamente o tempo de coleta de dados.

Este estudo não conta com a formulação de hipóteses, pois segundo Hair et al. (2005) e Sampieri et al. (2006) se definem hipóteses como sendo uma proposição

que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um determinado problema. No entanto, Sampieri et al. (2006) evidenciaram que em abordagens mistas, ou seja, quantitativa e qualitativa do tipo exploratório, não seja indicativo de formulação de hipóteses. Os autores sugerem que em estudos pouco explorados, onde a teoria ainda não está bem sedimentada, não é indicativo de criação de hipóteses devido à inexistência de suporte teórico para sustentar a criação de novos estudos. Em função disso, optou-se pela não adoção de hipóteses.

Diante disso, os pesquisados foram 97 multiprofissionais residentes da saúde de nível superior pertencentes ao PRMS de uma instituição pública, os quais possuem representatividade das seguintes profissões da área da saúde: enfermagem, fisioterapia, farmácia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia, educação física e nutrição e psicologia.

Definida a população para o estudo, passou-se para a coleta dos dados.

3.2.2 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2012 e foi realizada pela própria pesquisadora. Os instrumentos foram entregue aos multiprofissionais residentes a partir da lista de alunos matriculados junto à coordenação do PRMS/CCS/UFSM.

A coleta realizou-se a partir da entrega dos instrumentos e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos multiprofissionais residentes (Apêndice A). Para garantir o número máximo de retornos, a aplicação dos instrumentos foi realizada conforme descrito a seguir.

1. Aplicação dos instrumentos aos multiprofissionais residentes do primeiro ano (R1): ocorreu no período da noite, no momento em que estava sendo realizada uma aula teórica. Foi contatado o professor responsável previamente e solicitado um espaço para que pudesse ser realizada a coleta;
2. Aplicação dos instrumentos aos multiprofissionais residentes do segundo ano (R2): no local de atuação dos multiprofissionais, hospital;
3. Rastreamento dos não respondentes;

4. Identificação dos não respondentes e contato prévio por telefone, para detalhamento da pesquisa e agendamento do dia e local para entrega dos instrumentos;
5. Entrega dos instrumentos no local de atuação dos multiprofissionais residentes (R1), conforme o agendamento prévio – Centros de Apoio Psicossocial (CAPS); Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF);
6. Recolhimento dos questionários conforme agendamento realizado no momento da entrega dos instrumentos;
7. Após o retorno dos instrumentos foi realizado junto à secretaria da coordenação do PRMS um *checklist* com o propósito de assegurar que todos haviam sido contemplados com a pesquisa.

A população de residentes multiprofissionais da saúde do PRMS se constitui de 97 indivíduos, distribuído entre dez profissões que contemplam a área da saúde. Sendo assim, foram entregues 97 instrumentos, obtendo-se 100% de retorno, assim como todos os instrumentos foram respondidos na íntegra, não sendo necessário descartar nenhum. Dessa forma, a pesquisa contemplou a população dos multiprofissionais residentes do PRMS. Todos os multiprofissionais residentes matriculados junto ao PRMS responderam de forma livre e esclarecida os instrumentos propostos para esta pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento autoaplicável dividido em quatro partes:

Primeira parte – Dados sóciodemográficos dos multiprofissionais residentes do PRMS (Apêndice B). Foram abordadas variáveis qualitativas, tais como: sexo, faixa etária, formação profissional, instituição de formação, ano de formação, ano de ingresso no PRMS, programa em que atua e ênfase do cuidado.

Segunda parte – Escala de Estresse no Trabalho (EET). A EET foi construída e validada no Brasil por Paschoal e Tamayo (2004), com trabalhadores de diferentes organizações públicas e privadas. Elaborada a partir da análise da literatura sobre estressores ocupacionais dentro das organizações, tendo como foco a natureza psicossocial e as reações psicológicas dos indivíduos diante do estresse ocupacional, assim como da análise de instrumentos já existentes. A escala na íntegra é composta por 23 itens que abordam estressores variados e reações

emocionais associadas aos mesmos, tendo a percepção como mediadora do impacto do ambiente de trabalho.

Considerando sua utilidade prática Tamayo e Paschoal (2004) validaram uma versão reduzida desse instrumento, composta por 13 questões, do tipo *Likert* de cinco pontos, com representação dos principais estressores ocupacionais e suas reações psicológicas gerais (Anexo A). Para este estudo optou-se pela utilização desta versão. Para os autores, a EET consiste em uma alternativa para investigações empíricas como para trabalhos aplicados, podendo ser usada para organizações e cargos variados.

Para análise dos dados obtidos do instrumento, se efetuou a soma dos escores atribuídos a cada item e dividiu-se pelo número total de itens da escala, obtendo-se a média geral (média de respostas nos 13 itens). A partir da média, os sujeitos do estudo foram classificados quanto à intensidade de estresse de acordo com a padronização adotada para o instrumento, que será demonstrado no decorrer do estudo.

Terceira parte - Escala de Resiliência Job & Job. A Escala de Resiliência de Job & Job foi construída e validada no Brasil em (2003) por Fernando Pretel Pereira Job, com a finalidade de mensurar a resiliência dos indivíduos em um determinado contexto. Agrupada em quatro fatores, baseados nos estudos de Polk (1997) e constituída por 30 questões, do tipo *Likert* de um a cinco pontos (Apêndice C). Foram mantidos os quatro fatores propostos pelo autor, no entanto, as questões foram adaptadas para o contexto da pesquisa. Cada fator conta com um número determinado de variável conforme pode ser visto no Quadro 1.

Fator	Variáveis
Disposicional	Adaptabilidade, autoafirmação, autocontrole, autodisciplina, autoestima, autossuficiência, capacidade de aprendizagem, capacidade de expressar emoções e senso de humor.
Relacional	Capacidade de ajuda mútua, capacidade de comunicação, estabelecer vínculos emocionais, flexibilidade e capacidade de formar relações.
Situacional	Acreditar em sorte criando opções, usar o bom senso, capacidade de improvisação, ter metas futuras, vida mental rica no sentido de multiplicidade de interesses e criatividade.
Filosófico e Religioso	Crer num sentido da vida, ter esperança, ter crenças.

Quadro 1 – Distribuição dos fatores e suas respectivas variáveis
Fonte: Job (2003).

Para o fator disposicional contabiliza-se o número de dez questões, totalizando o máximo de 50 pontos; o fator relacional constitui-se de nove questões, com a soma máxima de 45 pontos. O fator situacional, composto por oito questões somando 40 pontos e, para o fator fisiológico e religioso três questões, totalizando 15 pontos.

Para que não houvesse indução na resposta dos entrevistados as questões dos quatro fatores (30 questões) foram sorteadas e dispostas no questionário conforme a ordem do sorteio, a fim de evitar que o entrevistado identificasse algum fator de ´resposta correta´; conforme pode ser visto no Quadro 2.

Para analisar os dados obtidos do instrumento, realizou-se a soma dos escores atribuídos a cada item do fator e dividiu-se pelo numero total de itens que compõe os fatores. A partir da média, a mensuração da resiliência para cada indivíduo ocorreu de acordo com a padronização adotada para este estudo.

Fatores	**Ordem sequencial das questões por Fator**	**Ordem de disposição das questões por sorteio**	**Pontuação máxima**
Disposicional	1	26	50 Pontos
	2	06	
	3	25	
	4	09	
	5	07	
	6	24	
	7	08	
	8	20	
	9	27	
	10	13	
Relacional	11	05	45 Pontos
	12	21	
	13	01	
	14	18	
	15	15	
	16	16	
	17	22	
	18	04	
	19	29	
Situacional	20	28	40 Pontos
	21	11	
	22	19	
	23	23	
	24	30	
	25	02	
	26	17	
	27	14	
Filosófico e Religioso	28	12	15 Pontos
	29	10	
	30	03	

Quadro 2 – Distribuição dos fatores por sorteio
Fonte: Job (2003)

Quarta parte – Índice de Estilos de Aprendizagem

O Índice de Estilos de Aprendizagem (*Index of Learning Styles* – ILS) - (Anexo B) é um instrumento desenvolvido por Felder e Soloman (1991), Universidade Estadual da Carolina do Norte. Baseado no modelo de Felder-Silverman (1988), possui como finalidade determinar as preferências de aprendizagem em quatro dimensões.

O ILS abrange em cada uma das quatro dimensões, dois estilos opostos de aprendizagem: ativo ou reflexivo, sensorial ou intuitivo, visual ou verbal, sequencial ou global. As respostas às questões do instrumento fornecem, para cada uma das quatro dimensões, dois escores que correspondem a dois estilos abrangidos pela dimensão. A diferença entre os dois escores indica qual é, dentre os dois estilos, aquele que é predominante ou preferido pelo respondente.

O Quadro 3 apresenta as características de cada uma das dimensões.

Estilos	Característica da Dimensão
Ativo	Preferem experimentar ativamente que observar e refletir. Gostam de processar as informações enquanto em atividade e não aprendem de forma passiva.
Reflexivo	Preferem sozinhos e silenciosamente processar a informação. Fazem ligações teóricas com a fundamentação da matéria e não extraem muito quando não são levados a pensar.
Sensorial	Apreciam fatos, dados, experimentos, métodos padrões, tem facilidade para memorização e preferem abstrair informações pelos seus sentidos (vendo, ouvindo, tocando etc.).
Intuitivo	Apreciam princípios, conceitos e teorias, não se atentam a detalhes, não gostam de repetição, se interessam por desafios, analisam possibilidades, significados e relações entre as coisas.
Visual	Assimilam mais o que veem (figuras, gravuras, diagramas, fluxogramas, filmes etc.).
Verbal	Preferem explicações escritas ou faladas à demonstração visual, extraem mais informações em uma discussão.
Sequencial	Aprendem de forma linear, por etapas sequenciais, com o conteúdo se tornando progressivamente complexo.
Global	Aprendem em grandes saltos, sintetizam o conhecimento e podem não ser capazes de explicar como chegaram às soluções.

Quadro 3 – Estilos de Aprendizagem de Felder e Silverman (1988).
Fonte: Adaptado de Felder e Silverman (1988)

O ILS é composto por 44 questões de escolha forçada (alternativas a ou b), caracteriza pela auto aplicação sendo 11 questões para cada uma das quatro dimensões de aprendizagem. Se as duas alternativas (a e b) se aplicarem

igualmente, a escolha deve ser feita àquela mais frequente. O Quadro 4 demonstra as quatro dimensões e suas respectivas variáveis.

Ativo Reflexivo	Sensorial Intuitivo	Visual Verbal	Sequencial Global
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44

Quadro 4 – Distribuição de questões por dimensão.
Fonte: Felder e Silverman (1988)

Na Figura 6 está a classificação dos estilos conforme denominado pelos autores. O nível de predominância de estilo em pontuação de 1 ou 3 na escala indica ´leve´ preferência entre ambas as categorias da dimensão, ou seja, a preferência está praticamente equilibrada nos dois estilos; pontuação de 5 ou 7 na escala indica preferência ´moderada´ por uma das categorias; e a pontuação de 9 a 11 na escala, indica ´forte´ preferência por uma das categorias da dimensão.

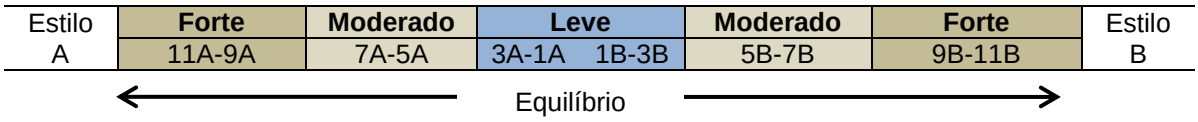

Figura 6 – Escala de classificação para a interpretação dos estilos de aprendizagem
Fonte: Adaptado de Felder e Silverman (1988)

O Quadro 5 apresenta a preferência da classificação dos estilos de aprendizagem utilizada pelos autores.

Escala	Ativo/Reflexivo	Sensorial/Intuitivo	Visual/Verbal	Sequencial/Global
11 A ou 9 A	fortemente ativo	fortemente sensorial	fortemente visual	fortemente sequencial
7 A ou 5 A	moderadamente ativo	moderadamente sensorial	moderadamente visual	moderadamente sequencial
3 A ou 1 A	levemente ativo	Levemente sensorial	levemente visual	levemente sequencial
1 B ou 3 B	levemente reflexivo	levemente intuitivo	levemente verbal	levemente global
5 B ou 7 B	moderadamente reflexivo	moderadamente intuitivo	moderadamente verbal	moderadamente global
9 B ou 11 B	fortemente reflexivo	fortemente intuitivo	fortemente verbal	fortemente global

Quadro 5 – Classificação de acordo com o Índice dos Estilos de Aprendizagem
Fonte: Elaborado com base em Felder-Soloman (1991)

A escolha por este instrumento se deve a sua confiabilidade e validade, ao uso em diversas pesquisas nacionais e internacionais. Destacam-se alguns trabalhos publicados no Brasil como o de Lopes (2002), Kuri (2004) e Silva (2006). No exterior os trabalhos realizados por Felder e Spurlin (2005), Livesay et al. (2002) e Zywno (2003), os quais definem o instrumento como confiável, válido e adequado para a identificação dos estilos de aprendizagem.

De posse dos dados necessários, passou-se para a etapa de análise.

3.2.3 Análise estatística dos dados

Após a coleta dos dados, as respostas dos instrumentos foram tabuladas em uma planilha eletrônica, no programa *Microsoft Excel* (*Office* 2010), e, posteriormente, transpostas para o *software Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 18.0 e se utilizou também o *software Statistical Analysis System* – SAS, versão 9.02, por meio dos quais se realizou, com predominância, a análise quantitativa.

Inicialmente foram realizadas análises estatísticas e de frequência relacionadas às varáveis sociodemográficas e ocupacionais, com o intuito e caracterizar o perfil dos multiprofissionais residentes. Neste sentido, foram

realizadas estatísticas de frequência (gênero, idade, profissão, instituição e ano de formação e programa de atuação).

Utilizou-se a EET, constituída por fator único e, a Escala de Resiliência constituída por quatro fatores. Foram utilizadas para ambas as escalas de análise descritiva simples, por meio do cálculo de frequência, médias e desvios-padrão.

Posteriormente, buscou-se explorar os dados da Escala de Resiliência, por meio da análise fatorial exploratória. A análise fatorial possui como objetivo explicar como as variáveis estão estruturadas, por meio de fatores, os quais são representativos das dimensões dentro de um conjunto de dados (HAIR et al., 2009). Dessa forma, o método de análise fatorial utilizado para este estudo foi o dos componentes principais, no qual se considera a variância total dos dados, almejando-se encontrar estruturas comuns (MALHOTRA, 2006).

Após a obtenção da identificação dos resultados com a análise fatorial, foi calculada a confiabilidade para os fatores obtidos, com o objetivo de conhecer a consistência interna dos instrumentos. A confiabilidade de um instrumento, segundo Hair et al. (2005) e Malhotra (2005), consiste em saber se esta reproduz resultados adequados.

Para este estudo o teste de confiabilidade utilizado foi o Coeficiente Alfa de Cronbach, com o propósito de conhecer a consistência interna dos instrumentos de pesquisa (HAIR, et al., 2005; MALHOTRA, 2005; SAMPIERI, 2006).

O valor Coeficiente Alfa de Cronbach pode variar de zero a um, sendo que, quanto mais alto for o valor de confiabilidade melhor, pois maior será a consistência interna do instrumento ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade da medida do mesmo fenômeno (HAIR, et al., 2005; MALHOTRA, 2006; POLIT et al., 2004).

Para melhor compreensão na interpretação dos resultados obtidos do Estresse no Trabalho e da Resiliência foi utilizada a padronização para mensurar os dois instrumentos.

3.2.3.1 Padronização

Para interpretação dos dados obtidos referentes ao Estresse no Trabalho e à Resiliência, realizou-se o processo de modificação dos dados, sem alterar os valor real obtido pelos testes estatísticos, pelo método de transformação (HAIR et al., 2005) com o intuito de padronizar os resultados e assim possibilitar sua interpretação. Para isso foi utilizado a seguinte fórmula para transformação:

$$Valor\ Padrão = 1 - \left(\frac{Maxímo - Real}{Máximo - Mínimo} \right)$$

Após a transformação dos dados optou-se por classificar os resultados por quartis. Os quartis **inferior** e **superior**, Q1 e Q3, são definidos como os valores os quais estão um quarto e três quartos, respectivamente, dos dados. Estes dois valores são frequentemente usados para resumir os dados juntamente com o mínimo e o máximo. Eles são obtidos ordenando os dados do menor para o maior, e então conta-se o número apropriado de observações: ou seja, é para o quartil inferior e quartil superior, respectivamente (TOLEDO; OVALLE, 1995). A Tabela 1 demonstra a definição dos valores adotados para este estudo.

Tabela 1 – Classificação e padronização do Estresse no Trabalho e Resiliência

Classificação	Padronização
Alto	0,75 a 1,000
Médio Alto	0,50 a 0,7499
Médio Baixo	0,25 a 0,4900
Baixo	0,00 a 0,2499

Fonte: Autora

3.3 Abordagem qualitativa

Apresenta-se a seguir a estrutura da abordagem qualitativa, composta pela definição das unidades de análise, coleta e análise dos dados.

3.3.1 Unidade de análise

As unidades de análise, de acordo com Sampieri et al. (2006, p.344), “constituem segmentos de conteúdo de mensagens que são caracterizados para localizá-los nas categorias”, podendo ser a palavra, o tema, o item, o personagem, medidas de espaço-tempo, dentre outros. Sendo assim, esta proposta de pesquisa possui como unidade de análise o tema do estudo – comportamento resiliente e aprendizagem dos multiprofissionais gestores do PRMS.

3.3.2 Cenário do estudo

O PRMS em estudo possui como unidade administrativa o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo desenvolvido em parceria com o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS/RS) e com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria/RS.

O programa foi escolhido por se caracterizar como um segmento de formação na área da saúde, o que lhe confere complexidade e especificidades que o tornam assunto fecundo para a compreensão dos fenômenos organizacionais.

Outro critério a ser considerado é o fato do programa se encontrar em fase de institucionalização nas três instâncias da assistência à saúde, ou seja, primário, secundário e terciário, o que lhe confere particularidade relevante para o momento atual nos serviços de saúde da região central do Estado do Rio Grande do Sul.

Desenvolvido sob a ótica da interdisciplinaridade, prevê a formação de recursos humanos em dez profissões que compõem a área da saúde: psicologia, fisioterapia, farmácia, enfermagem, fonoaudiologia, serviço social, nutrição, terapia ocupacional, odontologia, educação física.

3.3.3 Sujeitos da pesquisa

Definiu-se, com vistas aos objetivos do estudo, uma amostra intencional e proporcional de 12 gestores os quais fossem representativos dos três programas, contemplando as áreas de concentração de cada um, como pode ser evidenciado a seguir:

1. Programa de Residência em Gestão e Atenção Hospitalar: áreas de concentração - saúde mental, crônico degenerativo, onco-hematologia e mãe bebê;
2. Programa de Residência em Saúde Mental – área de concentração: saúde mental;
3. Programa de Residência em Gestão de Sistema Público e Atenção Básica – área de concentração: gestão e vigilância em saúde e, estratégia de saúde da família.

Cada programa de residência possui um coordenador, com título mínimo de mestre, podendo ser docente ou assistencial, escolhido por seus pares e designados por Portaria do Diretor do CCS, nos respectivos programas. Os três programas estão subordinados a uma coordenação geral.

As áreas de concentração são constituídas por tutor de campo e tutor de núcleo. A função do tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de profissionais do serviço e multiprofissionais 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, três anos.

O tutor de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas e práticas desenvolvidas pelos profissionais do serviço e multiprofissionais residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração de cada programa.

O tutor de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos profissionais do serviço e multiprofissionais residentes. O tutor de núcleo geralmente é um profissional docente vinculado à instituição formadora

que participam do desenvolvimento do eixo teórico prático previsto no Projeto Político Pedagógico.

Ambos os tutores, campo e núcleo, têm o papel de promover a interação entre as diferentes áreas na qual cada programa está inserido, entre os multiprofissionais residentes e destes com as equipe de saúde loco-regional e, entre os serviços nos diferentes níveis de atenção.

Para fins deste estudo se denominará todos os entrevistados como gestores, pois se entende que ambos, coordenadores e tutores, desenvolvem um trabalho de gestão, cabendo aos mesmos gerenciar os processos de trabalho de cada programa, buscando a congruência da proposta pedagógica.

Isso se sustenta na visão de Mintzberg (2010, p. 23), quando assegura que a gestão pode ser vista como ocorrendo dentro de um triângulo na qual a arte, a habilidade prática e a utilização da ciência se encontram. “A arte traz as ideias e a integração; a habilidade prática faz as conexões, alicerçadas em experiências tangíveis; e a ciência utiliza a análise sistemática do conhecimento para criar a ordem”. Isso significa dizer que, para o desempenho do papel de gestor, é preciso transcender o domínio da técnica e incorporar habilidades relacionadas à criação, intuição e interação.

Diante disso, foram entrevistados 12 gestores do PRMS, sendo que no Programa de Residência em Gestão e Atenção Hospitalar foram entrevistados cinco gestores; no Programa de Residência em Saúde Mental, três gestores e, no Programa de Residência em Gestão de Sistema Público e Atenção Básica, quatro gestores, totalizando 11 entrevistas. A entrevista de numero doze foi realizada com o coordenador geral representante dos três programas.

A escolha desses indivíduos se justifica pelo fato de serem responsáveis pela formação e integração ensino-serviço, ou seja, pessoas que representam a academia, docentes, e, o serviço, local de atuação dos multiprofissionais residentes. Dessa forma, entende-se que são pessoas chave nesse cenário de ensino e de aprendizagem, assim como são responsáveis pela tomada de decisões que envolvem ações ligadas ao comportamento dos multiprofissionais residentes.

Definidos os sujeitos da pesquisa, passou-se para a etapa da coleta de dados.

3.3.4 Coleta de dados

A técnica de coleta de dados para a abordagem qualitativa se constituiu da entrevista semiestruturada com 12 gestores do PRMS. Para Richardson (2011), essa técnica é adequada quando o principal interesse do pesquisador é conhecer a forma que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana. Lüdke e André (2004) ressaltam que a grande vantagem da entrevista sobre as demais técnicas é que ela, na maioria das vezes, permite a captação imediata da informação desejada, com qualquer tipo de informante e sobre os variados tópicos, podendo ser caracterizada como uma prática dinâmica e flexível.

A entrevista semiestruturada, na perspectiva de Godoy (2007), pode contribuir para o aprofundamento de assuntos específicos relacionados à tentativa de compreensão da realidade organizacional e permitir a fluência dos relatos dos pesquisados. Ao mesmo tempo, oferece um caminho que norteia o foco do estudo, com questões abertas e de baixa estruturação, mas, que permitem um nível mínimo de homogeneização na coleta de informações entre os sujeitos.

Para a realização das entrevistas, se elaborou um roteiro de entrevistas (Apêndice D), que teve como base para sua estruturação a pergunta e os objetivos de pesquisa, bem como o suporte teórico adotado para este estudo. O referido roteiro foi formado por uma seção de dados complementares de suporte (gênero, idade, formação profissional, instituição de formação, ano de formação e de ingresso no programa) e outras 21 perguntas, divididas em três blocos de análise: quanto à trajetória profissional; quanto ao comportamento resiliente; e, quanto ao processo da aprendizagem.

De posse dos dados necessários, passou-se para a etapa de análise.

3.3.5 Análise dos dados

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi utilizado à análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Essa técnica de análise tem como objetivo compreender criticamente o sentido das expressões, seus conteúdos

e significações explícitas ou ocultas. Para Minayo (2006) a técnica de análise de conteúdo busca compreender o funcionamento, a organização e o modo de expressão social de cada indivíduo, visto que a linguagem representa o pensamento.

De acordo com Godoy (1995), embora haja passos predeterminados para análise do conteúdo, podem ocorrer variações decorrentes da abordagem do pesquisador. Na visão da autora, as unidades de análise podem variar sendo que alguns escolhem as palavras, outros optam pelas sentenças, parágrafos e, até mesmo, por texto.

Sendo assim, para o presente trabalho, como já mencionado se escolheu como unidade de análise o tema, que pode ser um conjunto de palavras ou um parágrafo (LUNA, 2002). Segundo os autores, o tema é a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo, sendo considerada indispensável em estudos que envolvam valores, crenças, atitudes e opiniões.

Assim, para este estudo a análise dos dados coletados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo com ênfase em análise categorial e de enunciação. A análise categorial é estruturada a partir dos relatos dos entrevistados, sendo as categorias de análise estabelecidas de forma a representar, a partir da frequência de aspectos similares entre os relatos da maioria dos entrevistados, certas similitudes entre suas características comportamentais e sua percepção sobre o fenômeno que está sendo estudado (BARDIN, 2011).

Dessa forma, se estabeleceu a definição de categorias não a priori as quais foram sendo criadas na medida em que se constatava, no relato dos entrevistados, similitudes em suas falas que pudessem caracterizar certa similaridade, especificamente sobre um determinado aspecto de interesse da pesquisa (LAVILLE; DIONNE, 1999; LINCOLN; GUBA, 1985), para depois serem interpretadas à luz de teorias pertinentes ao foco ou à argumentação utilizada pelos respondentes, caracterizando a análise de enunciação.

A análise de enunciação, na visão de Bardin (2011), se fundamenta na concepção da comunicação como processo e não como um dado estanque, se desviando das estruturas e dos elementos formais da análise de linguagem. O discurso, para esta técnica de análise de conteúdo, não é simplesmente a transposição de opiniões, atitudes e representações. Este tipo de análise, por sua vez, proporciona sustentação para a reflexão e discussão sobre os relatos dos

entrevistados, pois tem como objetivo relacionar trechos das falas com o referencial teórico adotado e/ou com enfoques não abordados, desde que relacionados à proposta de pesquisa.

Sintetizando, o método de análise de conteúdo compreende as seguintes fases:

1. Transcrição das entrevistas na íntegra;
2. Leitura flutuante;
3. Categorização dos dados;
4. Formulação das categorias não a priori a partir dos relatos dos multiprofissionais gestores;
5. Análise categorial e de enunciação;
6. Inferência e interpretação a luz do referencial teórico.

Frente a isso, foram definidas seguintes categorias não a priori: gestão do PRMS, comportamento empreendedor, comportamento resiliente e processo da aprendizagem.

3.4 Triangulação dos dados

Considerando as diferentes fontes utilizadas para a coleta de dados, assim como a complexidade do fenômeno estudado, a fim de proporcionar maior credibilidade e confiabilidade à pesquisa, adotou-se a técnica de triangulação, conforme proposta por Easterby-Smith et al. (1991). Estes autores apresentaram quatro tipos de triangulação: triangulação de teorias; triangulação de dados; triangulação de investigadores; e, triangulação metodológica.

Na perspectiva deste estudo, utilizou-se a triangulação de dados que, segundo Patton (2002), é um estudo de combinação de métodos, tanto quantitativos como qualitativos. Neste sentido, as múltiplas fontes de evidência permitiram abordar um escopo mais amplo de aspectos históricos e comportamentais (YIN, 2010), dos multiprofissionais residentes e gestores do PRMS, por intermédio da possibilidade da triangulação dos dados.

De acordo com Fleury (1996) a aplicação de um conjunto de técnicas otimiza o tempo, aprofunda os dados coletados, analisa as recorrências e contradições,

compondo uma maior viabilidade da pesquisa. Dessa forma, a percepção dos problemas é interpretada de forma aprofundada, fornecendo novos *insights* (ROSSMANN; WILSON, 1991) e maior confiabilidade na pesquisa (VERGARA, 2012).

Por meio da triangulação pode se estabelecer ligações entre descobertas obtidas pelas diferentes fontes de coleta, ilustrá-las e torná-las mais compreensíveis, conduzindo a paradoxos, proporcionando nova direção aos problemas emergidos no estudo (DENZIN, 1978; SAMPIERI et al., 2006).

Nessa perspectiva, o uso da triangulação foi fundamental para o alcance dos objetivos, uma vez que, de acordo com Yin (2010) um único estudo de caso pode suportar estratégias mistas para responder às questões de pesquisa (YIN, 2010), possibilitando maior eficácia fundamentada na premissa de que a fraqueza de um único método será compensada pela força do outro (DUNCAN, 1986; FLEURY, SHINYASHIKY; STEVANATO, 1996).

A Figura 7 apresenta a sumarização da estrutura metodológica das duas abordagens de pesquisa, a qual congrega a abordagem quantitativa, a qualitativa e a triangulação.

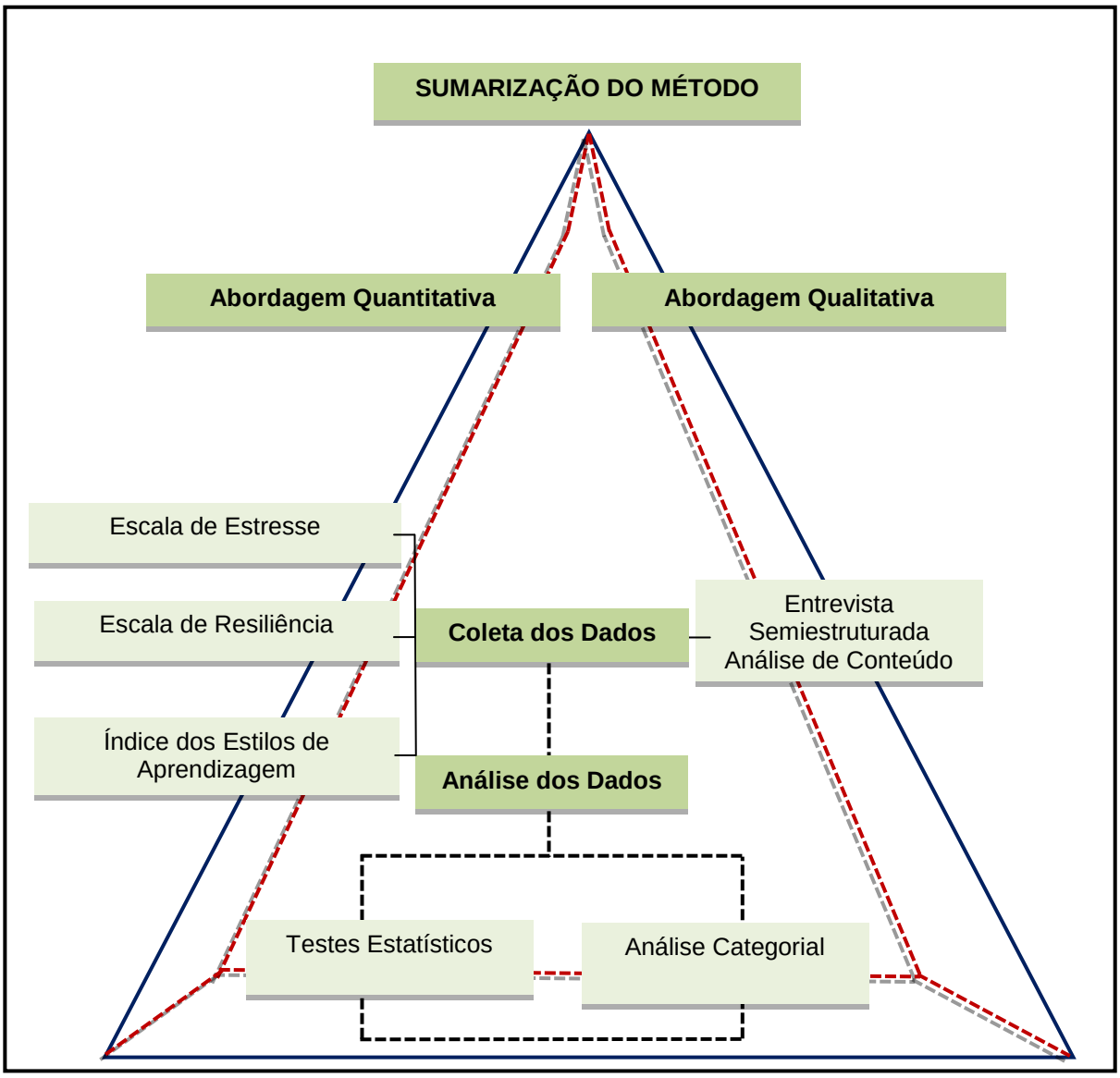

Figura 7 – Síntese do método de pesquisa
Fonte: Adaptado de Duncan (1986).

3.5 Aspectos éticos

Visando à coleta de dados, primeiramente foi obtida a permissão formal da Coordenação do PRMS, do CCS/UFSM/RS. Posteriormente o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Instituição pesquisada, o qual é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS). Foi considerado aprovado (processo 76964) em 16/08/2012 sobre o número do CAAE: 01646712.4.0000.5346, conforme consta na carta de aprovação (Anexo C).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os Instrumentos de Coleta de Dados e o Termo de Confidencialidade (TC) (Apêndice E), seguiram todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos e das demais normas complementares do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Aos indivíduos participantes da pesquisa foi esclarecido que poderiam retirar o seu consentimento de participação no estudo a qualquer momento do andamento desta, sem penalização alguma e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima, de forma que as identidades dos participantes permaneceram em sigilo no momento da publicação dos resultados do estudo.

Os dados serão mantidos sobre posse dos pesquisadores por um período de cinco anos, armazenadas na sala do professor orientador do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), prédio 74 C, sala de número 4213. Após este período, os dados serão incinerados.

4 ESTUDO DO CASO

4.1 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde estão entre as estratégias governamentais para abrir caminho para um modelo preventivo com implantação de ações promotoras de saúde e, participação multidisciplinar das diferentes profissões que compõem este campo de atuação (CECCIN; FERLA, 2009).

Considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* os programas de residência visam à formação de profissionais para a assistência, gestão e ensino. Destinam-se às profissões que se relacionam com a área da saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de sessenta horas semanais (BRASIL, 2006).

A primeira categoria de residência foi com a medicina no final do século XIX nos Estados Unidos (EUA) com os professores Osler e Hausted, do John Hopkins Hospital (SILVEIRA, 2005). No Brasil esta prática teve início em 1940, influência do modelo americano, centrado no modelo biomédico de clínica tradicional nas organizações hospitalares, com maior ênfase após a publicação do Relatório Flexner[3].

Juntamente com a expansão da residência médica, em 1960 ocorreu o início da Residência de Enfermagem, em São Paulo, no Hospital Infantil do Morumbi, com o objetivo implícito de complementar a formação do enfermeiro recém-graduado, observando as necessidades do mercado de trabalho.

Em 1977 foi criado o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) e definidos os requisitos mínimos para algumas especialidades médicas. Outras residências apenas em 1983 tiveram seus critérios de admissão regulamentados (BRASIL, 2008).

[3] O relatório de Flexner: Publicado em 1910, centraliza o trabalho da medicina no modelo hegemônico, tradicional, no cuidado intra-hospitalar com práticas medicamentosas, com influência em todo o mundo ocidental, seguida da formação das demais.

Em 1976, surgiu a primeira Residência em Saúde Coletiva no Centro de Saúde Escola Murialdo da ESP/RS (CECCIN; ARMANI; 2001). No ano de 1977, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), surgiu a residência médica junto à residência de enfermagem compondo a então denominada Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), sendo o primeiro programa com inclusão de mais de uma categoria profissional em atuação.

Concomitante a isso, a Declaração da Alma-Ata[4], foi tida como marco histórico do início das discussões relacionadas à atenção primária da saúde, proporcionando o enfoque de visão integrada, valorizando o trabalho da área da saúde de forma a contemplar a integralidade do indivíduo.

Os primeiros itens da declaração reafirmaram a definição de saúde defendida pela OMS, como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e a defendem como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos (MENDES, 2004).

No ano de 2003 o Ministério da Saúde propôs a RMS como um projeto nacional (BRASIL, 2010). Entendendo a necessidade de uma estratégia transformadora das práticas de formação dos trabalhadores de saúde, algumas instituições que vinham com a implantação da residência médica em desenvolvimento, lançaram o desafio de implantar as Residências Integradas em Saúde (RIS) ou Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS).

As RIS são programas de formação de profissionais para o SUS através da inclusão das residências multiprofissionais e médicas em um único programa, enquanto que as RMS são programas independentes das residências médicas. A construção entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, por intermédio da Portaria nº 45, legitimou a criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS).

A RMS foi criada pela Lei Federal nº 11.129, de junho de 2005, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, conforme as necessidades regionais e locais da implantação do serviço. Abrange as seguintes áreas das profissões de saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

[4] A Declaração de Alma-Ata: Formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

O Ministério da Saúde elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS: Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005.

Foi a partir do Movimento da Reforma Sanitária que o processo de construção e implantação do SUS no Brasil teve origem, como um amplo projeto de saúde coletiva. Sua consolidação foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde que, em 1986, delineou os princípios que seriam a base para o SUS, proposto pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1990).

Frente a isso, a evolução sociocultural das organizações da saúde teve mudanças estruturais em todas as instâncias do controle social, fazendo com que os serviços de saúde redirecionassem seu modo de atuação a fim de operacionalizarem os processos de trabalho (FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 1995; VISEU et al., 2012).

Na visão de Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) a formação dos profissionais da saúde não deve se limitar apenas à busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Para os autores é necessário ir além desse paradigma, buscando condições que consigam suprir as “necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado”.

O PRMS da UFSM/RS está embasado pelos pressupostos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Possui como característica a integração entre os três níveis de atenção, ou seja, primário, secundário e terciário dispondo sobre dispositivos necessários à sua implantação, tendo como unidade administrativa o CCS da UFSM.

Possui como objetivo qualificar os profissionais atendendo às exigências dos pressupostos do sistema de saúde brasileiro, formando sujeitos atuantes, críticos com potenciais de inovar nas decisões sócio-políticas da sociedade (BRASIL, 2010; UFSM, 2010).

O PRMS da UFSM constitui-se de uma modalidade de ensino de Pós-graduação *Lato Sensu* para profissões da área da saúde, com duração de 24

meses, equivalendo a uma carga horária mínima de 5.760 horas para cada Programa, sendo que, 1.152 horas (20%) são destinadas às atividades teóricas e teórico-práticas e 4.608 horas (80%) às atividades práticas, distribuídas em 60 horas semanais, devendo ser cumpridas em regime de tempo integral e de dedicação exclusiva, com direito a uma folga semanal.

A proposta principal do Projeto Pedagógico visa a ensino-serviço, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos três programas com os gestores, trabalhadores e usuários das instituições parceiras: hospital de ensino da UFSM (HUSM), 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS/RS) e Secretaria do Município de Saúde de Santa Maria/RS.

Esta iniciativa tem a perspectiva de potencializar a capacidade dos profissionais com vistas a novos modelos de formação, agregando valores no contexto da saúde, formando indivíduos com perfis dinâmicos, integrados e fundamentados nas premissas do SUS.

O PRMS da UFSM possui como diretrizes político-pedagógicas estratégias metodológicas a formação de profissionais com competências para atuarem no Sistema Público de Saúde, tendo a atenção primária (rede básica), intermediária (atendimentos ambulatoriais e especialidades clínicas) e terciária (rede hospitalar) como cenário orientador e balizador do processo de formação (UFSM, 2010).

Como já citado, existem três programas de residência multiprofissional em saúde, demonstrados na Figura 8, os quais integram as três instâncias do cuidado, subordinados a uma coordenação geral.

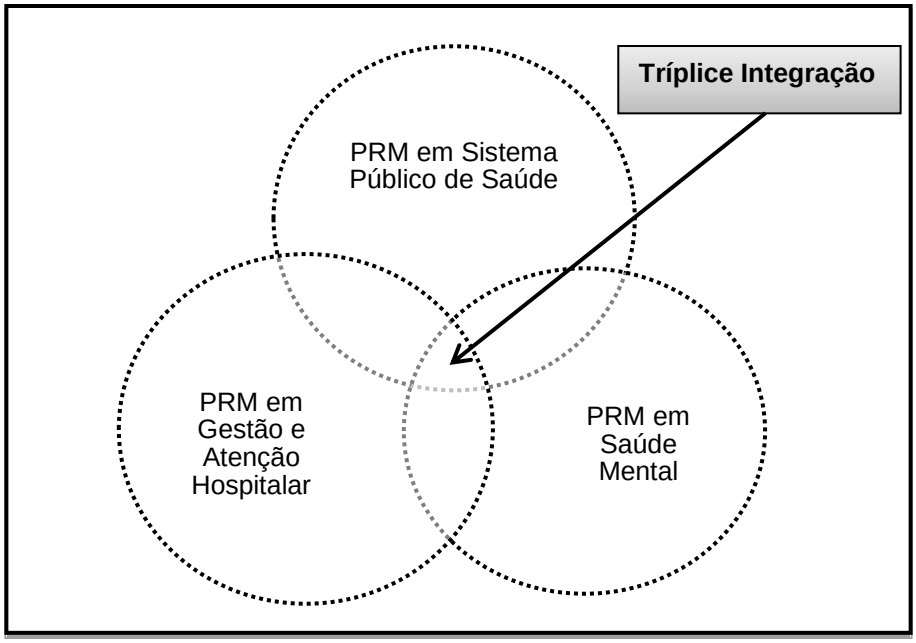

Figura 8 – Programas de Residência – CCS/UFSM
Fonte: Adaptado de Cecílio (1997).

Norteado pelos Princípios e Diretrizes do SUS o PRMS da UFSM possui como meta formar profissionais com capacidades para atuarem de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, constituindo a lógica da tríplice integração[5] (UFSM, 2010).

A lógica da tríplice integração não foca apenas uma transmissão do conhecimento, mas sim, como este conhecimento é compartilhado entre os indivíduos que fazem parte dos programas, contribuindo para melhorar os processos de trabalho nas três instâncias da assistência à saúde.

Diante do exposto, os resultados esperados com a implantação do PRMS da UFSM, na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, inclui os seguintes objetivos, com base no Projeto Político Pedagógico (UFSM, 2010):

- Impacto no Sistema Público de Saúde;
- Produção de novas tecnologias de ensino-gestão-atenção com transformação das modalidades de produção de saberes e práticas de saúde, integrando o sistema de saúde loco-regional;
- Fomento de novas metodologias de gestão;

[5] A tríplice integração do PRMS da UFSM, esta fundamentada nas ações integradas dos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

- Implementação de novos sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população;
- Desencadeamento de mudanças em torno dos saberes e práticas vigentes no campo da formação e atenção à saúde;
- Exploração de novas diretrizes didático-metodológico-pedagógicas que mobilizem ações teórico-práticas, balizadas pelos princípios de campo e núcleo;
- Incentivar e capacitar para o desenvolvimento e utilização da pesquisa como ferramenta para planejamento, programação, implementação e avaliação das ações de gestão e atenção em saúde.

Nessa perspectiva, entende-se que as diretrizes das políticas públicas de saúde representem a base para a formação profissional, consequentemente, um articulador nos processos de tomada de decisões, bem como, na criação de alternativas estratégicas no campo de gestão e atenção, imprescindíveis para as mudanças necessárias à sua consolidação.

Diante do exposto, potencializar a integração das ações de saúde, conforme proposta dos programas de residência em pauta proporciona um espaço de troca de saberes e experiências que possibilitam aproximar a formação do aprendizado alinhada às necessidades do sistema de saúde (MEHRY, 1997).

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Nesse capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos no estudo. Os quais serão apresentados em três etapas:

1. Pesquisa quantitativa;
2. Pesquisa qualitativa;
3. Discussão dos resultados e triangulação dos dados.

5.1 Pesquisa quantitativa

Para melhor compreensão e visualização dos dados, a apresentação dos resultados será realizada nas seguintes etapas:

- Avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos;
- Caracterização pelo perfil dos multiprofissionais residentes do PRMS;
- Mensuração do estresse dos multiprofissionais residentes;
- Mensuração da resiliência dos multiprofissionais residentes;
- Mapeamento dos estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes;

5.1.1 Avaliação psicométrica dos instrumentos

A Avaliação de confiabilidade do instrumento para mensurar o estresse no trabalho e resiliência foi obtida pela análise de consistência interna dos itens e determinada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach. Na Tabela 2 serão apresentados os resultados referentes às propriedades psicométricas dos instrumentos aplicados aos sujeitos do estudo.

Tabela 2 – Coeficiente Alfa de Cronbach para Estresse no Trabalho e Resiliência.

Instrumentos	Nº de itens	Coeficiente Alfa de Cronbach
Estresse no Trabalho	13	0,82
Resiliência	30	0,83
Disposicional	10	0,69
Relacional	9	0,69
Situacional	8	0,71
Fisiológico e Religioso	3	0,65

Fonte: Autora

Verifica-se, na Tabela 2, que o instrumento utilizado neste estudo para mensurar o nível de estresse obteve um valor para o Alfa de Cronbach de 0,82. O instrumento referente à resiliência obteve-se um Alfa de Cronbach de 0,83. O resultado tanto do estresse como da resiliência atestam a adequada consistência interna dos instrumentos. Em relação aos quatro fatores referentes ao instrumento de resiliência apenas o fator situacional obteve valor superior a 0,7. Os demais fatores disposicional, relacional e, fisiológico e religioso, tiveram um valor abaixo de 0,7. No entanto, por se tratar de um instrumento que trata de questões referentes a aspectos psicológicos, os valores encontrados podem ser esperados, devido à adversidade do que está sendo medido (FIELD, 2009). Na Tabela 3 as médias e desvios-padrão das variáveis e os fatores de resiliência.

Tabela 3 – Médias e desvio padrão das variáveis e dos fatores de resiliência.

Instrumentos	Média	Desvio-padrão
Estresse no Trabalho	2,59	0,63
Resiliência	3,75	0,36
Disposicional	3,36	0,40
Relacional	3,58	0,40
Situacional	4,04	0,47
Fisiológico e Religioso	3,82	0,75

Fonte: Autora

Nota-se da Tabela 3 que a média para Estresse no Trabalho foi de 2,59, com desvio padrão para 0,63. Enquanto que para Resiliência a média foi de 3,75 com desvio padrão para 0,36.

Em relação aos fatores da Escala de Resiliência o fator situacional obteve a maior média de 4,04 com desvio padrão de 0,47. O fator fisiológico e religioso com

média 3,82 e desvio padrão 0,75. O fator relacional a média foi de 3,58 com desvio padrão de 0,40. E o fator disposicional teve a menor média de 3,36 com desvio padrão de 0,40.

5.1.2 Perfil sócio demográfico da população

A caracterização sócia demográfica e profissional da população em estudo consta de ***variáveis qualitativas e quantitativas,*** que serão apresentadas na forma de tabelas e figuras, com valores absolutos e relativos para as variáveis qualitativas e medidas descritivas para as quantitativas.

As variáveis qualitativas sociodemográficas relacionadas aos multiprofissionais residentes serão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos multiprofissionais residentes segundo o gênero e faixa etária.

Variáveis qualitativas		**Frequência**	
		Absoluta (n)	**Porcentual (%)**
Gênero	Feminino	91	93,81
	Masculino	06	6,19
Faixa etária	20-29	82	84,54
	30-46	15	15,46
Total		**97**	**100,00**

Fonte: Autora

Demonstra-se na Tabela 4 que entre os multiprofissionais residentes, há predomínio do gênero feminino (93,81%) para apenas (6,19%) para o gênero masculino. A faixa etária de maior relevância está entre os 20 a 29 anos, com 82% dos pesquisados. Trata-se de um público jovem, com aumento da participação feminina no emprego, o que indica um rejuvenescimento da força de trabalho na área de saúde, com destaque aos trabalhadores de nível superior. Tais resultados vieram ao encontro de um estudo realizado no ano de 2011 no mesmo PRMS desta instituição (GOULART, et al., 2012) onde também houve o predomínio feminino.

Com base nisso, dados do IBGE (2008) apontaram que a inserção da força de trabalho feminina deverá afetar de maneira decisiva a mão de obra brasileira nos

próximos anos. Segundo estudos as taxas de participação feminina para as próximas décadas no mercado de trabalho formal tende a aumentar significativamente, devido à melhoria do nível educacional das mulheres (SCORZAFAVE; MENEZES-FILHO, 2006) sendo que um dos fatores que estão contribuindo para isso é a redução das taxas de fecundidade (SOUZA et al., 2011).

Na Tabela 5 são apresentadas as variáveis qualitativas referentes à formação profissional, instituição e ano de formação e programa de residência de atuação.

Tabela 5 – Distribuição dos multiprofissionais residentes segundo a instituição, ano de formação e profissão.

Variáveis qualitativas		Frequência	
		Absoluta (n)	**Porcentual (%)**
Instituição de formação **Rio Grande do Sul**	UFSM	39	40,21
	UNIFRA	37	38,14
	CESNORS	03	3,09
	UNIPAMPA	03	3,09
	UFPel	02	2.06
	UNIJUÍ	02	2.06
	FISMA	01	1.03
	ULBRA	01	1.03
	URI	01	1.03
	UFRGS	01	1.03
	UNIFINS	01	1.03
	UNICRUZ	01	1.03
Total Rio Grande do Sul		**92**	**94,85**
Instituição de formação **Outros Estados**	UNISC - SC	01	1,03
	UNOCHAPECÓ - SC	01	1,03
	UFJF - MG	01	1,03
	UNIFE - MG	01	1,03
	BAHIANA - BA	01	1,03
Total Outros Estados		**05**	**5,15**
Ano de formação	2002	01	1,03
	2005	01	1,03
	2006	01	1,03
	2007	02	2,06
	2008	10	10,31
	2009	11	11,34
	2010	25	25,77
	2011	31	31,96
	2012	15	15,46
Formação profissional	Enfermagem	26	26,80
	Psicologia	14	14,43
	Serviço Social	12	12,37
	Nutrição	10	10,31
	Terapia Ocupacional	09	9,28
	Fisioterapia	08	8,25
	Fonoaudiologia	07	7,22
	Farmácia	05	5,15
	Odontologia	04	4,12
	Educação Física	02	2,06
Total		**97**	**100,00**

Fonte: Autora

Na Tabela 5, 91,75% dos sujeitos são provenientes de instituições do Rio Grande do Sul. Entre estes, 40,21% dos multiprofissionais residentes são graduados numa instituição federal e 38,14% em instituição privada, ambas as instituições estão localizadas na mesma cidade onde o PRMS exerce suas atividades. Os demais pesquisados provêm de outras instituições do país.

Dos multiprofissionais residentes, 31,96% se formaram no ano de 2011, 25,77% no ano de 2010 e 15,46% no ano vigente de 2012. O indivíduo que mais tempo está formado data do ano de 2002.

Esses dados demonstram que 78,35% dos residentes antes de participarem da seleção da residência, já possuíam um conhecimento prévio da cidade onde o programa se desenvolve, por terem realizado sua graduação neste cenário, conhecendo a dinâmica da saúde local, através de suas práticas curriculares.

Quanto à formação profissional a maior representatividade dentro do PRMS esta no curso de enfermagem com 26, 80% dos multiprofissionais residentes. Isto se deve, à estrutura das equipes de saúde, compostas por quantitativo maior de técnicos de enfermagem e enfermeiros. Sobre a enfermagem, Vale e Guedes (2004) apontam que um dos desafios enfrentados diz respeito à formação de profissionais competentes, que articulem teoria e prática e com visão crítica acerca da realidade. Seguindo tem-se a psicologia com 14,43% e do serviço social com 12,37%. As profissões que menor numero de profissionais possui são a farmácia com 5,15% odontologia com 4,12% e a educação física com 2,06%.

Na Tabela 6 apresenta-se o ano de ingresso no PRMS e o programa no qual atuam os multiprofissionais residentes.

Tabela 6 – Ano de ingresso e programa de atuação.

Variáveis qualitativas		**Frequência**	
		Absoluta (n)	**Porcentual (%)**
Ano de ingresso	2011	27	27,84
	2012	70	72,16
Programas	PRMISPS[1]	18	18,56
	PRMGAH[2]	61	62,88
	PRMSM[3]	18	18,56
Total		**97**	**100,00**

[1] Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

[2] Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar

[3] Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Fonte: Pesquisa

Ressaltam-se na Tabela 6 que os maiores percentuais de residentes egressos foram no ano de 2012 contabilizando 72,16%, sendo que estes estão no primeiro ano de residência e, 27,84% egressos no ano de 2011, correspondendo aos residentes do segundo ano de residência.

Atribui-se essa diferença pelo fato de que no ano de 2012 houve a abertura do terceiro programa de residência, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM), no qual ingressaram 18 multiprofissionais. E o Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar (PRMGAH) aumentou para o ano de 2012 as vagas correspondentes a algumas profissões, assim como abriu vagas para novas profissões ligadas à saúde, como odontologia e terapia ocupacional.

Em relação ao número de multiprofissionais residentes percebe-se que o maior número de multiprofissionais está no PRMGAH, 62,88%, totalizando um pouco mais da metade dos multiprofissionais residentes que atuam nos três programas juntos.

Em relação aos multiprofissionais do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS), correspondem a 18,56%, possuindo suas atividades atreladas às Unidades de Saúde da Família (USF) e às Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade onde o programa está vinculado. Da mesma forma, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM), corresponde a 18,56% dos pesquisados e tem sua atuação na 4ª CRS e nos CAPS do município local.

Os programas estão vinculados a estratégias de atenção diferenciadas, no entanto, possuem uma particularidade equânime que os une, relacionada aos Princípios e Diretrizes do SUS. Baseados na lógica da tríplice integração os gestores dos programas buscam integrar as três instâncias do cuidado criando estratégias que possibilitem a estruturação de linhas de cuidado aos usuários de saúde.

5.1.3 Mensuração do estresse

Para verificar o estresse dos multiprofissionais residentes do PRMS foi adotada a padronização de classificação, como mencionado na metodologia deste

estudo. A **média geral** do estresse entre os pesquisados foi de **2**,**59**. Na Figura 9 a classificação do estresse.

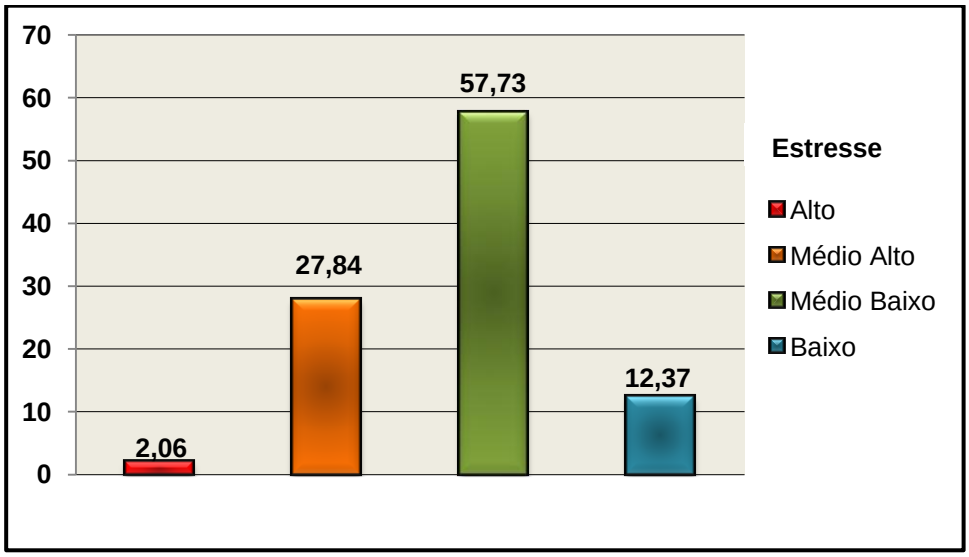

Figura 9 – Classificação do estresse nos multiprofissionais residentes do PRMS
Fonte: Autora

De acordo com a Figura 9 verifica-se que entre os multiprofissionais residentes 57,73% apresentou médio baixo estresse; 27,84%, médio alto estresse e, 12,37% com baixo estresse. Apenas 2,06% dos multiprofissionais residentes apresentaram alto estresse.

Conforme já mencionado, os estágios do estresse são respostas produzidas pelo organismo do indivíduo, a fim de combater algo que não está adequado ao seu bem estar. Relacionando os resultados do estresse encontrados para este estudo com os estágios do estresse proposto por Selye (1956) e Lipp (2010), mencionados no Capítulo 2, entende-se que os multiprofissionais residentes, ao apresentarem médio baixo estresse (57,73%) são enquadrados na fase denominada de resistência ou adaptação, conforme proposto pelos autores. Esta fase caracteriza-se por sintomas físicos leves, porém, significativos, como cansaço constante, podendo afetar a qualidade das atividades desenvolvidas no programa.

5.1.4 Mensuração da resiliência

Para mensurar a resiliência dos multiprofissionais residentes do PRMS foi adotada a padronização de classificação. A **média geral** entre os pesquisados foi de **3,75.** Na Figura 10 a classificação da resiliência.

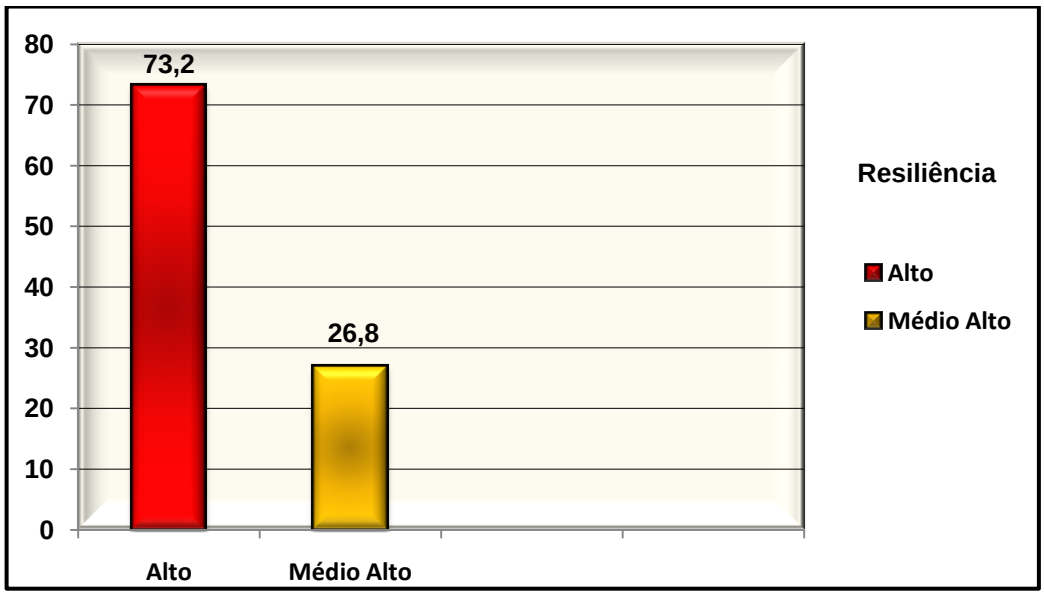

Figura 10 – Classificação da resiliência nos multiprofissionais residentes do PRMS
Fonte: Autora

De acordo com a Figura 10, a mensuração da variável resiliência entre os multiprofissionais residentes pesquisados foi de 73,20% com alta resiliência e 26,80% com resiliência médio alto.

A partir dos quatro fatores de resiliência propostos por Polk (1997), e validados no Brasil por Job (2003), se apresentará, separadamente, cada um deles com o propósito de melhor compreensão dos resultados obtidos referentes à resiliência (Figura 11).

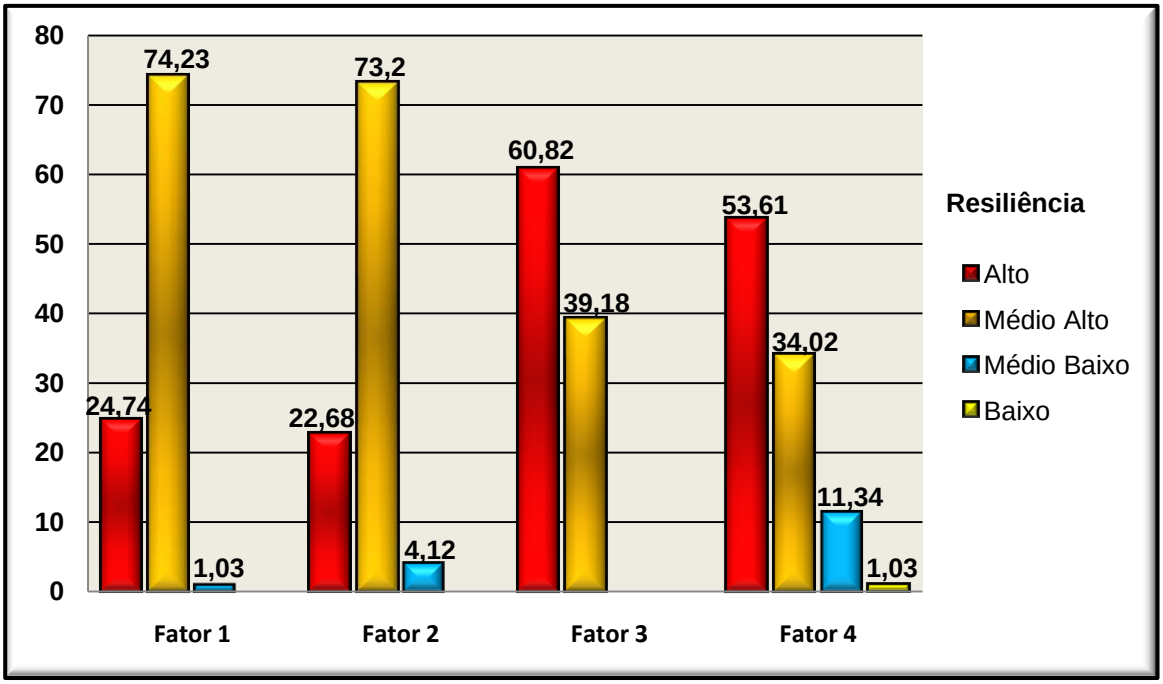

Figura 11 – Classificação da resiliência de acordo com os fatores
Fonte: Autora

Com relação ao fator 1 – disposicional, 74,23% dos multiprofissionais residentes pesquisados se encontram com resiliência médio alto e, 24,74%, com alta resiliência, e apenas 1,03% com resiliência médio baixo. Não foi obtido resultado com multiprofissionais com resiliência baixa para este fator.

Em relação ao fator 2 – relacional, 73,2% dos multiprofissionais residentes pesquisados possuem resiliência médio alto, 22,68% com alta resiliência e apenas 4,12% com resiliência médio baixo. Não foi obtido resultado com os multiprofissionais com baixo resiliência para este fator.

Para fator 3 – situacional, 60,82% dos multiprofissionais residentes pesquisados possuem alta resiliência, 39,18% com resiliência médio alto. Não foi obtido resultado com os multiprofissionais para resiliência médio baixo e baixo para este fator.

Em relação ao fator 4 – fisiológico e religioso, 53,61% dos multiprofissionais residentes pesquisados possuem resiliência alta, 34,02% médio alta, 11,34% médio baixo e 1,03% baixa resiliência para este fator.

Diante do que foi exposto, a mensuração da variável resiliência nos multiprofissionais residentes pesquisados, obteve-se média alta a alta resiliência. Um dos fatores atribuídos a este resultado está relacionado ao fato do estresse

entre os pesquisados ser médio baixo, ou seja, teoricamente quanto menor o estresse maior a resiliência. Outro fator está relacionado ao fato dos multiprofissionais residentes serem uma população jovem (84,54%), possuindo características de autodeterminação, persistência, vontade de vencer na vida, serem reconhecidos no mercado de trabalho. Estes atributos os tornam mais propensos a desenvolverem mecanismos de defesa frente a uma situação de adversidade.

Outro fator a ser considerado, se refere ao fato dos pesquisados ao trabalharem com um grupo com características multidisciplinar exige disciplina, baseada no tempo e no espaço, isto se deve ao fato de estarem lidando com situações delicadas referentes à saúde das pessoas, requerendo um comportamento que se ajuste a situação vivenciada.

Dessa forma, uma situação onde vários núcleos atuam denominados no campo da saúde de Projeto Terapêutico Singular[6] é necessário manter a ordem das ações de acordo com a situação, de forma a favorecer o cuidado integral e contínuo para a melhoria da qualidade de vida do sujeito.

Esta prática favorece o respeito pelo outro, a capacidade de se moldar diante dos acontecimentos vivenciados, amplia o conhecimento profissional e gera diferenças de comportamento caracterizadas pelo processo de adaptação (YUNES, 2011).

Ao ser analisado separadamente por fatores a resiliência, nota-se que os dois fatores que obtiveram um percentual mais elevado foi o fator 1 - disposicional e o fator 2 – relacional. Atribui-se esse resultado ao fato de o primeiro fator, estar associado à características de adaptação, autocontrole, autodisciplina, capacidade de aprender com as adversidades, capacidade de se expressar, senso de humor e emoções. Como mencionado, são indivíduos jovens, com faixa etária entre 20 a 29 anos de idade, iniciando uma carreira profissional. Isto os faz dinâmicos, integrativos, se expressarem emitindo sua opinião e se posicionando com facilidade. Buscam se adaptar nos ambientes onde estão inseridos a fim de provarem para si mesmos que são capazes de conseguir algo sozinhos.

Em relação ao fator 2 - relacional, são indivíduos que se mobilizam frente a situações de necessidade, buscam parcerias que se assemelham ao seu perfil, e

[6] O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário, dedicado a situações mais complexas (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2011).

logo estabelecem vínculos de amizade. São extremamente emotivos, fazendo com que sejam taxados como os ´chorões´ do grupo.

5.1.5 Mapeamento dos estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes

Inicialmente foi realizada a análise quantitativa dos dados, análise descritiva, com verificação dos números absolutos e percentuais obtido nas variáveis analisadas, que permitiu a identificação dos estilos de aprendizagem predominantes entre os multiprofissionais residentes do PRMS.

Na Tabela 7 é possível verificar as frequências absolutas e relativas em relação aos estilos de aprendizagem.

Tabela 7 – Estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes do PRMS

Variáveis qualitativas	**Frequência**	
	Absoluta (n)	**Porcentual (%)**
Sensorial	74	76,29
Intuitivo	23	23,71
Visual	41	42,27
Verbal	56	57,73
Ativo	55	56,7
Reflexivo	42	43,3
Sequencial	65	67,01
Global	32	32,99

Fonte: Autora

A Figura 12 ilustra a distribuição percentual dos estilos de aprendizagem entre os 97 residentes multiprofissionais do PRMS.

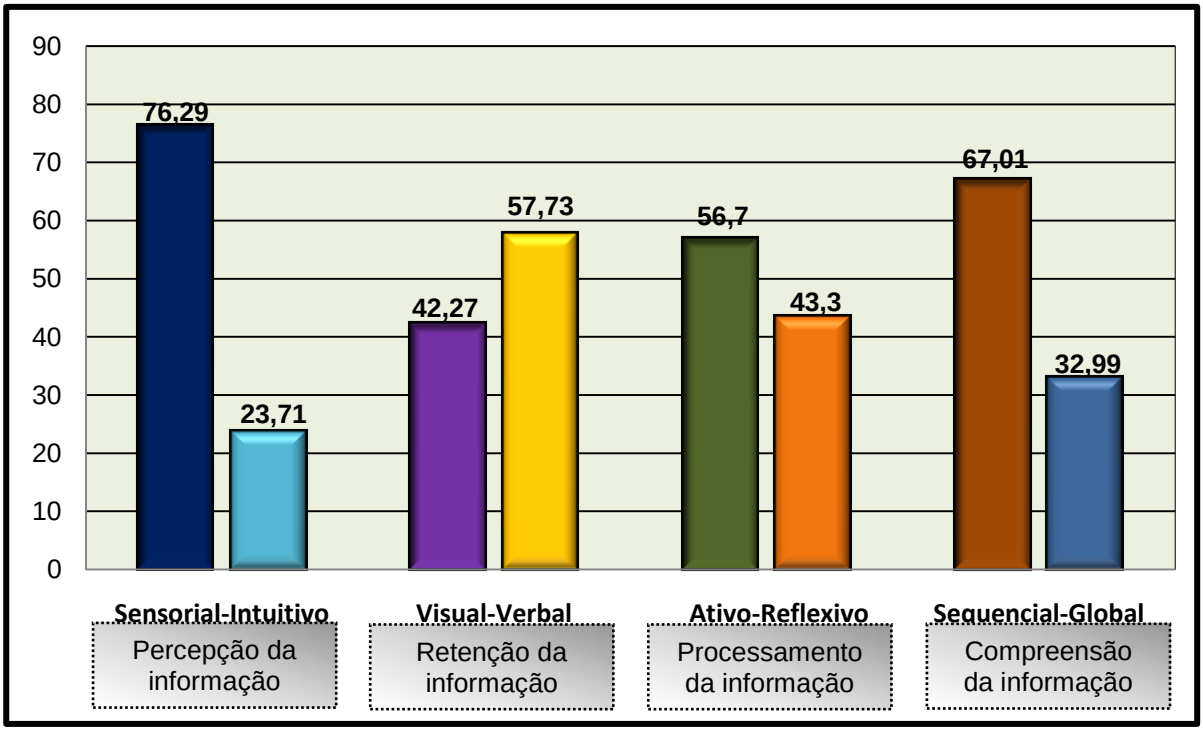

Figura 12 – Porcentual total dos estilos de aprendizagem dos multiprofissionais residentes
Fonte: Autora

Os estilos de aprendizagem predominantes entre os multiprofissionais residentes pesquisados do PRMS foi o estilo sensorial (76,29%); o estilo sequencial (67,01%); o estilo verbal (57,73%); e, o estilo ativo (56,7%). Verifica-se que na dimensão ativo/reflexivo existe um maior equilíbrio na preferência entre um estilo e outro, ou seja, indivíduos se dividem entre ser ativo e reflexivo o que não se identifica nas demais dimensões.

Como mencionado anteriormente, o ILS de Felder e Soloman (1991), é representado por uma pontuação de 1 a 3 que, na escala, revela preferência leve por um estilo; pontuação de 5 a 7 indica preferência moderada e de 9 a 11, preferência forte. Para melhor compreensão cada dimensão será apresentada separadamente.

A Figura 13 representa a dimensão sensorial/intuitivo, a qual corresponde à forma como o indivíduo percebe a informação no ambiente em que o cerca.

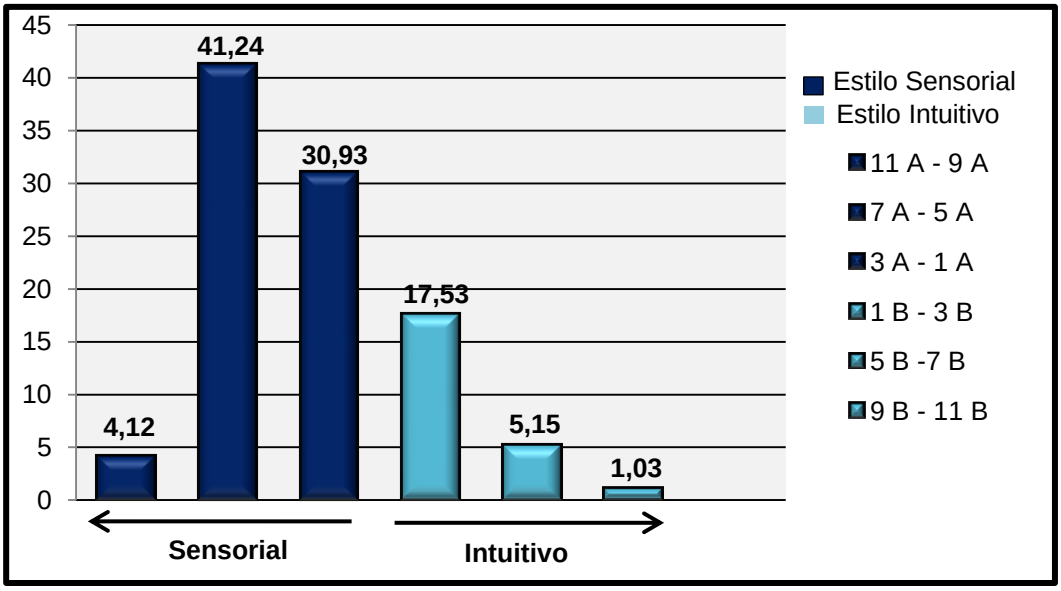

Figura 13 – Dimensão sensorial/intuitivo
Fonte: Autora

Os resultados para a dimensão sensorial/intuitivo indicam o predomínio do estilo sensorial (76,29%), ou seja, quanto à percepção da informação os multiprofissionais residentes preferem lidar com situações concretas, são pacientes com detalhes. Memorizam fatos com facilidade, tendem a ser práticos e cuidados Observa-se que nessa dimensão, o estilo sensorial revela grande concentração na preferência leve e moderada e um número muito baixo de multiprofissionais residentes fortemente sensoriais.

Os indivíduos intuitivos (23,71%) se caracterizam por ser ousados, inovadores e não apreciam a repetição. São rápidos e criativos, não se detendo em detalhes, se aborrecem com a repetição. Preferem aprender os princípios e teorias. Em relação às preferências os intuitivos variam entre leve, moderada e forte.

A Figura 14 apresenta os resultados correspondentes à dimensão visual/verbal. Esta dimensão diz respeito à maneira como as pessoas recebem e retém as informações procedentes do meio externo, ou seja, quais os canais sensoriais são mais utilizados na recepção da informação.

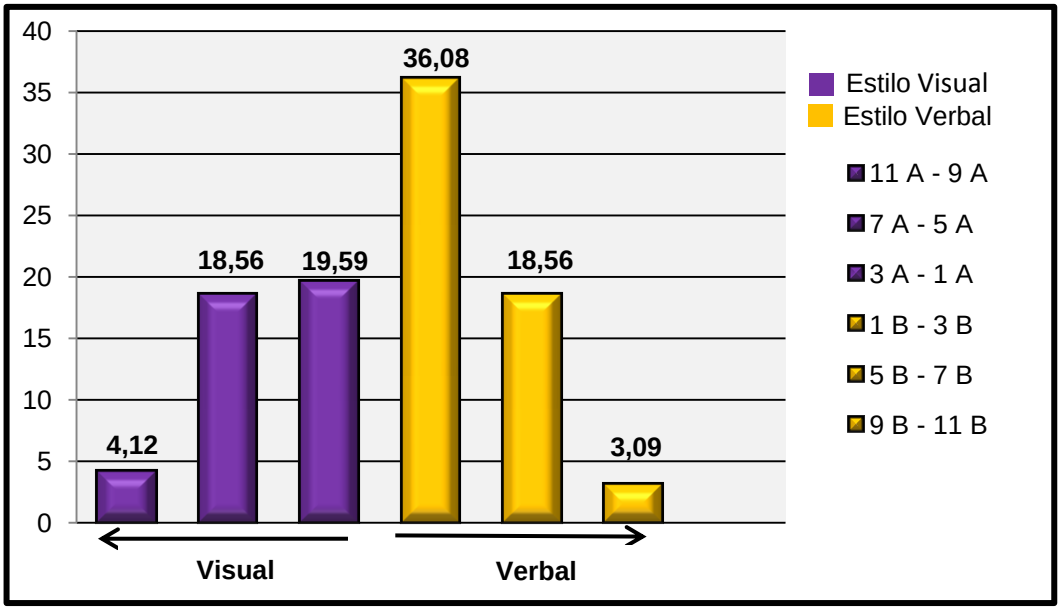

Figura 14 – Dimensão visual/verbal
Fonte: Autora

Para esta dimensão há o predomínio do estilo verbal (57,73%). São multiprofissionais residentes que conseguem tirar mais proveito das palavras por meio de discussões, explanações escritas ou faladas, gostam de tomar nota do que ouvem. No estilo verbal a preferência está concentrada na preferência leve, com declínio para a moderada e em menor número a forte.

Os visuais, com representatividade de 42,27%, se caracterizam pelo fato de serem indivíduos que assimilam melhor o que viram, como figuras, diagramas, demonstrações de técnicas; reconstroem imagens de diferentes modos. Em relação às preferências para o estilo visual há um equilíbrio na preferência leve e moderada, com menor significância para a forte.

A Figura 15 apresenta o resultado da dimensão ativo/reflexivo, a qual está associada ao processamento da informação.

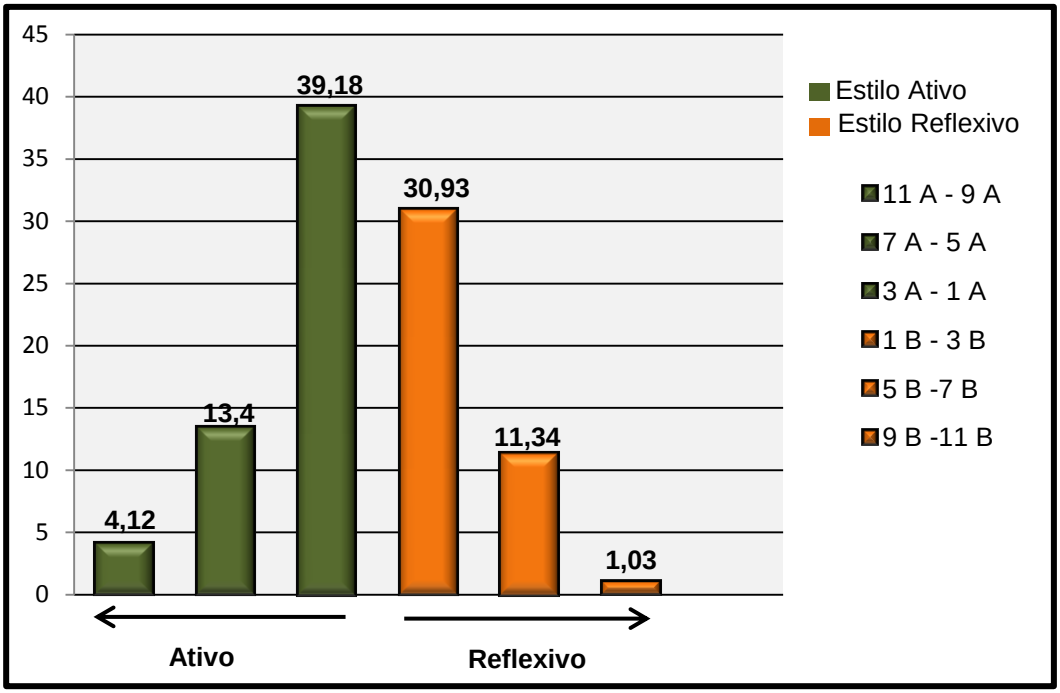

Figura 15 – Dimensão ativo/reflexivo
Fonte: Autora

Na dimensão ativo/reflexivo nota-se que há uma preferência entre os multiprofissionais residentes pelo estilo ativo (56,7%), os quais preferem experimentar ativamente, discutindo, aplicando ou explicando a informação para outros, ou ainda, fazendo testes com a experimentação. Não possuem a característica de refletir quietamente. São rápidos, mas podem ser precipitados.

Em contrapartida, os indivíduos com estilo reflexivo, com representatividade (43,3%), preferem calmamente processar a informação, gostam do trabalho individual ou em dupla.

Nesta dimensão existe um equilíbrio entre um estilo e outro, pois, como pode ser visto na Figura 14 existe preferência para leve tanto para o estilo ativo (39,18%) como para o reflexivo (30,93%). Quanto às preferências, tanto para o estilo ativo como para o reflexivo, houve um declínio gradual para preferência moderada e, forte entre os pesquisados.

Nessa dimensão nota-se que as preferências dos pesquisados estão agrupadas no centro, ou seja, preferência leve para ambos os estilos. Isso significa que entre os multiprofissionais se encontra facilidade de adaptação a variadas metodologias de ensino. Assim tanto os ativos quanto os reflexivos podem obter maior benefício com o método, pois quando estão em frente a um determinado

problema, tendem a decidir quais informações são necessárias, e buscar a que seja mais adequada para solução do problema.

A Figura 16 apresenta os resultados correspondentes à dimensão sequencial/global a qual corresponde ao modo como as pessoas estruturam e compreendem a informação.

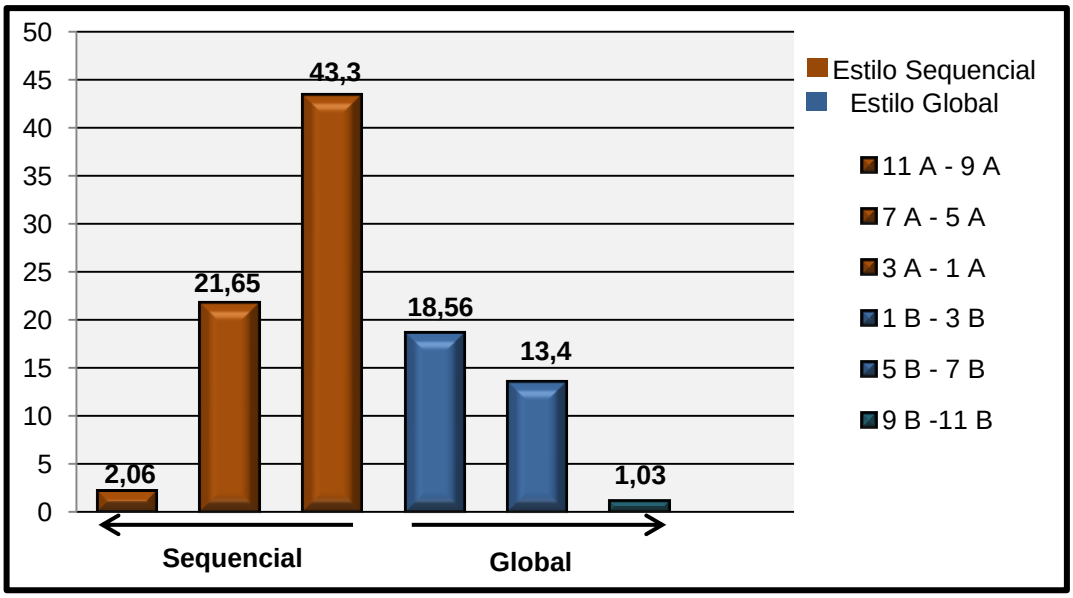

Figura 16 – Dimensão sequencial/global
Fonte: Autora

Em relação à dimensão sequencial/global percebe-se que os multiprofissionais residentes possuem preferência pelo estilo sequencial (67,01%). Aprendem de forma linear, por etapas, com cada passo derivado do anterior, possuem facilidade para explicar e enfatizam a análise.

Para os que possuem preferência para o estilo global (32,9%) possuem a característica de aprender em grandes saltos, sintetizam o conhecimento e podem não ser capazes de explicar como chegaram às soluções. Os globais são melhores no pensamento divergente e sintético.

Nesta dimensão, a preferência para o estilo sequencial demonstra um número elevado de multiprofissionais com preferência leve, com declínio para o moderado e em menor representatividade o forte. Em relação ao estilo global, há o predomínio pela preferencia leve, moderada e menor representatividade para forte.

Retomando o conceito de estilos de aprendizagem adotado para este estudo como sendo a maneira preferencial que os indivíduos escolhem receber, processar e reter a informação (FELDER; SILVERMAN, 1988) percebe-se que dentre a

população de multiprofissionais residentes do PRMS, predominou com, maior incidência, o estilo sensorial, seguido do sequencial, verbal e do estilo ativo. Isto indica que os multiprofissionais residentes pesquisados do PRMS demonstram preferir perceber o ambiente de aprendizagem sensorialmente, receber às informações de forma verbal, processar de maneira ativa e compreender sequencialmente.

Diante deste mapeamento foi possível a identificação dos estilos de aprendizagem predominantes na população de multiprofissionais residentes do PRMS, e conhecer as maneiras pelas quais a maioria prefere estar em contato com as informações nas situações de aprendizagem durante as práticas profissionais. Por tratar-se de um programa de residência, composto por várias profissões de saúde dividindo espaços comuns, parte-se da ideia de que cada indivíduo resignifica modelos da realidade que lhe permitam orientar-se e conhecer grande parte dos acontecimentos que o cercam na atividade profissional.

Uma das razões à predominância por esses quatro estilos, pode estar relacionada ao fato de serem multiprofissionais jovens, recém-formados, iniciando a carreira profissional. Essas particularidades fazem com que seu comportamento transcenda o número acentuado de atividades que tenham que dar conta, gastando muito tempo para tomar iniciativas e decisões, pelo fato de ainda estarem inseguros em relação a algo a ser realizado, o que caracteriza o indivíduo com preferência sensorial.

No entanto, quando as situações de pressão emergem e há necessidade de tomar decisões, como em situações de risco de morte, mesmo que tenham apenas um conhecimento fragmentado e superficial do problema, conseguem delinear estratégias para a resolução que aparenta ser complexa, demonstrando seu estilo sequencial.

Associado a estes, surgem os indivíduos de estilo verbal, que procuram nas palavras, falas ou escritas expressar seu comportamento diante de uma situação que os perturbe. E finalmente os indivíduos ativos, que possuem a preferência pelo grupo, evitam serem rotineiros nas suas atividades buscando situações dinâmicas de trabalho a fim de manterem uma motivação que os façam seguir e não desistir de seus sonhos.

5.2 Pesquisa qualitativa

Para a pesquisa qualitativa, a partir da transcrição das entrevistas e da leitura flutuante definiu-se as seguintes categorias não a priori: gestão do PRMS, comportamento empreendedor, comportamento resiliente e processo da aprendizagem.

Para melhor compreensão os resultados são apresentados a partir dos seguintes passos de análise:

- Caracterização dos entrevistados;
- Apresentação das categorias não a priori;
- Discussão das categorias não a priori.

5.2.1 Caracterização dos entrevistados

A abordagem qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os multiprofissionais gestores do PRMS, os quais foram denominados de E1, E2, e assim, sucessivamente, até E12, no intuito de manter o anonimato. A Tabela 8 apresenta a caracterização dos entrevistados.

Tabela 8 – Perfil dos entrevistados multiprofissionais gestores do PRMS

Formação	Instituição de Formação/Ano	Escolaridade	Tempo de atuação no PRMS
Psicologia	UFSM/2003	Mestrado	2 anos
Enfermagem	UFSM/2002	Especialização	3 anos
Serviço Social	PUC/1997	Doutorado	2 anos
Enfermagem	UFSM/1994	Especialização	2 anos
Enfermagem	UFSM/1993	Especialização	3 anos
Enfermagem	FACEM/1992	Especialização	2 anos
Enfermagem	FACEM/1992	Mestrado	3 anos
Nutricionista	Univ.de Ijuí/1988	Especialização	2 anos
Enfermagem	FACEM/ 1988	Doutorado	3 anos
Terapia Ocupacional	Univ. de Fortaleza/1987	Doutorado	1 ano
Serviço Social	Univ. de Pelotas/1984	Mestrado	2 anos
Enfermagem	Univ. de Ijuí/1983	Doutorado	2 anos

Fonte: Autora

Conforme demonstrado na Tabela 8, sete gestores pertencem à profissão da enfermagem, dois são do serviço social e as demais profissões, terapia ocupacional, psicologia e nutrição possuem um representante gestor no PRMS. Dos doze entrevistados cinco possuem nível de especialização, três nível de mestrado e quatro com doutorado. Outro ponto a ser considerado é o tempo de formação dos gestores, o gestor com maior tempo corresponde a 29 anos de profissão e o gestor com menor tempo de atuação profissional corresponde a nove anos de profissão.

A representatividade de profissionais enfermeiros na gestão se justifica por ser este um profissional exigido em todos em serviços que prestam assistência a saúde, desempenhando processos gerenciais que possui como finalidade organizar o trabalho e desenvolver condições para a realização do processo do cuidar (VALE e GUEDES, 2004).

5.2.2 Apresentação das categorias não a priori

Em função do objetivo desta pesquisa, evidencia-se que as categorias de análise não a priori são apresentadas numa lógica com base na sustentação teórica, conforme discutido no referencial teórico. Nesse sentido, são apresentadas as categorias seguindo a seguinte ordem: ´gestão do PRMS´, ´comportamento empreendedor´, ´comportamento resiliente´ e ´processo da aprendizagem´.

Justifica-se essa sequência pelo fato do estudo analisar o comportamento de multiprofissionais da saúde de um PRMS, na ótica da resiliência e sua contribuição na aprendizagem. Sendo assim, entende-se que, por meio da análise da gestão do programa, se identificam as adversidades enfrentadas pelos multiprofissionais gestores do programam bem como se caracterizam as reações e comportamentos desses no processo de gerenciamento.

5.2.2.1 Gestão do PRMS

Esta categoria contempla a gestão como um processo cíclico, onde as práticas de gestão dos multiprofissionais gestores entrevistados não se tratam

apenas de procedimentos descritivos do modo de funcionamento do PRMS. Elas são, ao mesmo tempo, o fundamento de uma produção ideológica, orientado pelas características de ação desses indivíduos e dos processos de trabalho frente ao programa de residência.

O Início da carreira profissional, segundo Schein (1996), é uma época caracterizada, principalmente, pela adaptação, na qual o indivíduo toma conhecimento da realidade no trabalho e de suas próprias reações. A identidade profissional, dentro do contexto laboral pode ser vista, na visão de Castells (2010) como um processo de construção de significado, com base num conjunto de atributos culturais inter-relacionados, os quais prevalecem sobre outras fontes de significado. Refere-se também à tentativa do indivíduo em equilibrar forças internas, realidade interior, e as externas, realidade construída pelo grupo social buscando reconhecimento dos outros sobre si e de si, além de dar sentido às suas experiências, como pode ser constatado no relatado por E10.

Aquele momento foi uma revolução na minha cabeça, quando eu vi aquela atitude daquele profissional eu vi que era aquilo que eu queria, e aquilo foi um desespero para mim. Porque eu vendo naquela profissional enfermeira na beira daquele leito, era aquilo que eu me identificava [...]. (E10)

Para Erikson (1972), a identidade é construída ao longo da vida, no ritmo apropriado e na sequência adequada, de tal modo que, na medida em que conflitos associados a determinadas faixas de idade são resolvidos, passa-se à etapa seguinte. Vasconcelos e Vasconcelos (2002) complementaram essa ideia, ao ressaltar que a capacidade de ação estratégica, de perceber as oportunidades de ação, prever as consequências e os riscos de cada alternativa e assumir esses riscos executando a decisão, varia de um indivíduo para outro, segundo a origem social e o meio cultural; mas, que é fundamental para a construção da identidade do indivíduo, a partir de suas interações em sua atividade cotidiana de trabalho.

Essa abordagem pode ser constatada na fala de E10 e E12 quando se referem à escolha da profissão no decorrer de suas vidas.

[...] eu sinto falta até hoje como enfermeira, eu sou docente, porque eu vim para ser docente para ensinar, para tentar ensinar, trabalhar na formação aquilo que

eu vivi 15 anos como enfermeira. Eu achava que a formação era capenga, que é ser um profissional da saúde, mas eu sinto muita falta de ser uma enfermeira de beira de leito [...]. (E10)

[...] eu rompi com tudo e vim embora. Cheguei aqui eu tinha que conhecer as pessoas, saber como as pessoas funcionavam. Cheguei num momento que estava findando uma gestão e começando outra, secretaria de saúde estava de cabeça em pé, eu nunca tinha entrado no hospital universitário, eu não tinha ideia do que tinha ali dentro, não conhecia as pessoas. Chego aqui em fevereiro, em março fui convidada para fazer a revisão da prova da residência! (E12)

Dessa forma, a identidade pode ser visualizada como um resultado ou estado psicossocial que pode variar ao logo do tempo, e a importância dada ao grupo de trabalho é dependente do grau de envolvimento de cada indivíduo, motivo pelo qual é frequente a apresentação de dificuldades de adaptação a novas realidades, especialmente no caso da área da saúde, em que a mudança de contexto é uma realidade viva (BANDUK et al., 2009; MAZER; MELO-SILVA, 2010). Resgata-se, abaixo, um trecho das falas de E1 e E3 que descrevem a ideia acima.

[...] escolhi a profissão de uma maneira bastante ingênua acreditando que a aquilo que eu imaginava que era a profissão iria de encontro né ia combinar com as minhas aspirações meus interesses e minhas vocações. Encontrei uma realidade totalmente diferente. (E1)

[...] não falta muito tempo para mim me aposentar. Hoje sair daqui não. Estou fazendo o mestrado eu quero outros caminhos para minha vida. [...] não sei se estou fazendo a minha volta de novo para minha região. Eu acho que o mestrado vai me levar para outros caminhos entende? (E3)

Para Schein (1996) o fator tempo parece ser um influenciador na vida das pessoas, pois à medida que as mesmas se movimentam em sua carreira, aquilo que são capazes de fazer, e sua competência, se alteram.

Este movimento, na perspectiva dos entrevistados, parece estar relacionado aos esforços individuais de cada um, às representações sociais que esses conferem às suas ações e ao mundo social que os circunda. Esse processo se desenvolve, na

perspectiva de Castells (2010) e Tamayo e Porto (2005), na medida em que o indivíduo vai assumindo papéis ocupacionais através das participações grupais e da vinculação com os referenciais externos assimilados por meio da socialização, experimentando um sentimento interno que habita todo ser dotado de consciência de si mesmo. A seguir alguns trechos relacionados à identidade dos gestores que denotam as questões abordadas anteriormente.

E eu tenho um marco profissional assim que foi meu ingresso aqui há dez anos. Para mim foi uma mudança muito radical. Por que foi um espaço de gestão, espaço político de muitos desafios é uma trajetória. (E3)

Facilitador eu sempre fui. Quando começou os residentes me procurarem, veio o primeiro, o segundo. Porque tudo começa e continua sempre em construção. Mas no inicio assim foi uma coisa que impactou bastante, era uma coisa nova eu não conhecia confesso que ainda tenho mais a conhecer com certeza. Então parece que as coisas vieram se somando sabe? Como blocos assim vieram se juntando e construindo tudo isso, então eu me senti muito, muito bem com tudo isso. (E6)

Percebe-se que a trajetória profissional de cada entrevistado envolve contextos diferenciados, mas, com semelhanças que possibilitam identificar comportamentos similares e/ou convergentes que influenciam o contexto da gestão do programa. Para Autès (2003) essa convergência de comportamento significa saberes partilhados e habilidades comuns, tratando-se de um artifício necessário às ações, dando coerência ao papel desempenhado, promovendo suporte e coerência para os problemas que circundam o universo do campo profissional.

Diante disso, a construção da identidade do indivíduo percorre diversos aspectos da vida, que são processados e têm seu significado reorganizado, de acordo com tendências sociais e projetos culturais, sendo que o contexto dessa construção social é sempre marcado por medição de forças (CASTELLS,1999).

Para Arendt (2010), Campos (1992), Cecílio (1999), Morgan (2010) e Mintzberg (2010) as questões relacionadas ao poder são tidas como norteadoras dos processos organizacionais, atualmente, identificadas como um dos principais desafios para as transformações dos padrões do comportamento do indivíduo dentro e fora delas. Como pode ser verificado no relato que segue.

A gente tem que aprender analisar e avaliar aonde que o residente pode se inserir. Respeitar o colega que não quer mudar e vê quem tem potencialidade quem está aberto pra proposta da residência. A gente percebe que tem colegas aqui dentro que não estão abertos para residência. (E3)

A complexidade com que se colocam essas relações nos ambientes organizacionais tende a ser marcada por estruturas conflituosas, disputa de espaços tanto físico como sociais, pautados nos benefícios que a organização pode proporcionar ou simplesmente pelo status social (BOURDIEU, 2010; FOUCAULT, 2012; PAZ; MARTINS; NEIVA 2004). Na sequência os trechos dos relatos de E5 e E9 que ilustram esta questão.

[...] uma lógica de uma nova gestão não entendia que eu deveria ficar longe da assistência do que havia sido contratado [...] Foi daí que comecei me afastar um pouco mais da residência. Com o passar do tempo, atualmente, enfim foi tirada totalmente a carga horária para a residência eu estou somente na escala na unidade. (E5)

Então quando o colega vem com essa arrogância de poder de conhecimento, isso me impacta bastante [...] Então quando eu acho que na hora no momento vem à questão da vaidade, do poder, e que não há o respeito, daí eu não discuto, prefiro me afastar. (E9)

Para os gestores as relações de poder dentro do programa parecem representar uma das grandes barreiras para a efetivação dos processos de trabalho, e consequentemente a institucionalização do programa. Para compreender o impacto de tais obstáculos no comportamento do indivíduo no ambiente de trabalho, considerando-se as visões de Bourdieu (2010), Mendes (2009) e Mintzberg (1983, 1992), faz-se necessário o conhecimento do tipo de influenciador presente em determinado momento, das necessidades a serem satisfeitas e dos meios ou sistemas de influência utilizados para o alcance do poder, como pode ser identificado nos trechos da fala de E1 e E11, a seguir.

[...] conversávamos com as pessoas e elas como eu disse pela personalidade de trabalho delas iam atrás e nos auxiliavam nesse sentido. Começaram a entender e a gente a explicar essa lógica de como funcionava a residência e também mudar

essa estrutura hegemônica. Começavam a circular e a trabalhar mais próximo da gente e trabalhar mais junto e assim começou a se incorporar isso. (E5)

Acho que não se efetivou porque existe gente trabalhando contra ainda. Infelizmente eu acho que a coisa ainda é política. [...] muitas barreiras no início assim de entendimento e não foi por falta de reuniões não foi por falta encontros assim com outras pessoas. Foi colocado para os serviços o local aonde os residentes iam se inserir, foi feita reuniões com os profissionais, quem não foi, foi porque não quis ir isso ai é tudo balela, conversa fiada de dizer que não houve, porque houve. Houve sim. Das pessoas dizerem que não conhecem o programa dizer, que não sabem do que se trata. Tudo mentira. Coisa de gente que quer afundar o programa. (E11)

Esta perspectiva encontra suporte na abordagem de Mintzberg (1983), no momento em que evidencia que são os jogos que se caracterizam como uma disputa entre indivíduos ou grupos, ocorrendo, geralmente, em situações onde mudanças estão sendo realizadas. No caso do presente estudo, a situação de mudança em questão é o processo de implantação do PRMS. Nesse sentido, Foucault (2012) ressaltou que a relação de agir sobre um indivíduo e estar em relação com ele, identifica claramente a atuação do poder, sendo visto como um instrumento que envolve negociação para ajustar os recursos de cada ator envolvido, de acordo com as necessidades do ambiente e do momento. Os trechos destacados de E5 e E6 ressaltam essa ideia.

[...] por que como nós colocávamos a residência que era com essa ideia interdisciplinar o pessoal, aqui não aceitava muito. Primeiro embate bem violento aqui dentro, por que não aceitavam, não tinham esse interesse, ficavam mais no campo da crítica. (E5)

Com certeza, a residência ela ainda não sabe nivelar a força que tem; não sabe medir isso. Mas é uma força incrível, por isso ela ameaça tantos nichos dentro de uma instituição que até pouco tempo era tradicional. Cada um tinha o seu nicho. (E6)

Na perspectiva de Paz, Martins e Neiva (2004) as relações de poder nas organizações perpassam indivíduos e coalizões e constituem ferramentas de ação,

que são utilizadas para fazer com que o poder flua na organização, tornando-a dinâmica. Caso isso não seja possível, do ponto de vista prático, pode vir a ser um problema que repercutirá na maioria das questões que envolvem os processos gerenciais da organização, assim como nas relações humanas. O relato de E1 e E11 ilustra essa questão.

O programa depende de poucas pessoas chaves. E essas pessoas possuem questões pessoais envolvidas que implicam às vezes rejeição ou resistência ao programa de residência. Porque alguém não se da com alguma pessoa, reflete diretamente no programa, isso também acontece muito. (E1)

No campo que ele (residente) esta, tem uma pessoa que esta lá; uma pessoa de referência. Se não tem, se não existe a pessoa de referência tu não entra no campo não adianta. Tem que ter a pessoa de referência no campo nem que ela não esteja lá o tempo todo, mas tem que ter uma pessoa entendeu? (E11)

Mintzberg (2010) enfatizou que o papel dos gestores frente a uma determinada realidade, neste caso específico o contexto do PRMS, é potencializar parcerias com outros indivíduos para que possam ter conhecimento, tomar decisões e agir da melhor forma possível, contribuindo com o programa. Nesse sentido, a forma como ocorrem as relações é que vai determinar, segundo Dejours (2012), se essas vivências são de prazer ou sofrimento. É diante de tais situações que os indivíduos atribuem um determinado valor ao que está sendo vivenciado, onde o significado atribuído é resultante de componentes perceptivos, simbólicos e dinâmicos subjacentes à relação indivíduo e trabalho (DEJOURS, 2012; MORIN, 2001; TAMAYO; PORTO, 2005), conforme pode ser exemplificado pelos trechos de E2 e E12.

Primeiro eu acho que assim, um trabalho muito de formiguinha que a gente começou um pouco falando, nós temos um conservadorismo muito grande instaurado. São profissionais hoje em sua maioria, 50 por cento talvez, que são formados da década de 80. (E2)

Quando eu cheguei aqui eu me senti assim, como se estivesse numa areia movediça, sabe? Eu não sabia onde eu colocava o pé, às vezes eu apostava num e o pé afundava; às vezes eu apostava em outro, e o pé não afundava. Então assim ó,

foi o ano assim que eu achei que ia pirar, literalmente. (E12)

Para Bourdieu (2010) essas relações constituem construções sociais que são imprescindíveis para a movimentação da organização, reforçando significados, ou seja, o simbólico, ou buscando alterar as características de ordem social e organizacional, como relata E6.

Existe o topo só que assim a teia tem que aumentar para que ela consiga dar conta. De acomodar a casa da aranha, não adianta com 2, 3 fios não se faz uma teia. A gente precisa de muitos, então agora como esses fios está aumentando, eu acredito que as coisas possam se resolver mais. (E6)

Diante disso, segundo Mintzberg (2010) é necessário a formulação de estratégias, que pode ser entendido como um processo de planejamento e análise, cognição e aprendizado. Também visto com um processo de negociação, concessões entre indivíduos, grupos e coalizões em conflitos. No que se refere aos gestores do PRMS, ressalta-se a necessidade de os mesmos estarem abertos à negociação com os indivíduos que influenciam o comportamento de outros indivíduos no ambiente de atuação dos multiprofissionais residentes no programa. Este aspecto se caracteriza como uma estratégia adotada pela gestão, no intuito de sensibilizar esses influenciadores em relação à abertura de novos campos de atuação e à manutenção dos já existentes. Uma das estratégias adotadas pelos gestores do PRMS está embasada na busca da construção de alianças a fim de fortalecer a proposta político pedagógica do programa com a finalidade de ampliar as bases de poder por meio de formação de grupos, conforme pode ser percebido nos relatos de E4 e E7.

[...] como aqui já está instituído reunião de equipe semanal eu já falei na reunião dos coordenadores: trinta minutos para residência falar, vocês escutem a residência falar dos problemas que tem das vivencias que eles estão tendo. Já está incorporado na reunião de equipe meia hora para residência. A residência tem pauta. (E4)

[...] tentamos sensibilizar colegas que estavam fechados para essa proposta. Então a gente tentava mostrar as coisas boas que a gente conseguia avançar junto

com a residência; sempre tivemos uma preocupação de como a residência ia ser vista aqui dentro, de que não seria mais um profissional para repetir o processo de trabalho do que era já feito e sim, qualificar esse processo, repensar. (E7)

Para os gestores a busca de parcerias pode ser evidenciada como uma estratégia na condução do programa, visto que a adesão de cada indivíduo representa um passo em direção à institucionalização do programa e da reflexão de sua proposta político pedagógica.

A Figura 17 representa a síntese da discussão da categoria Gestão do PRMS.

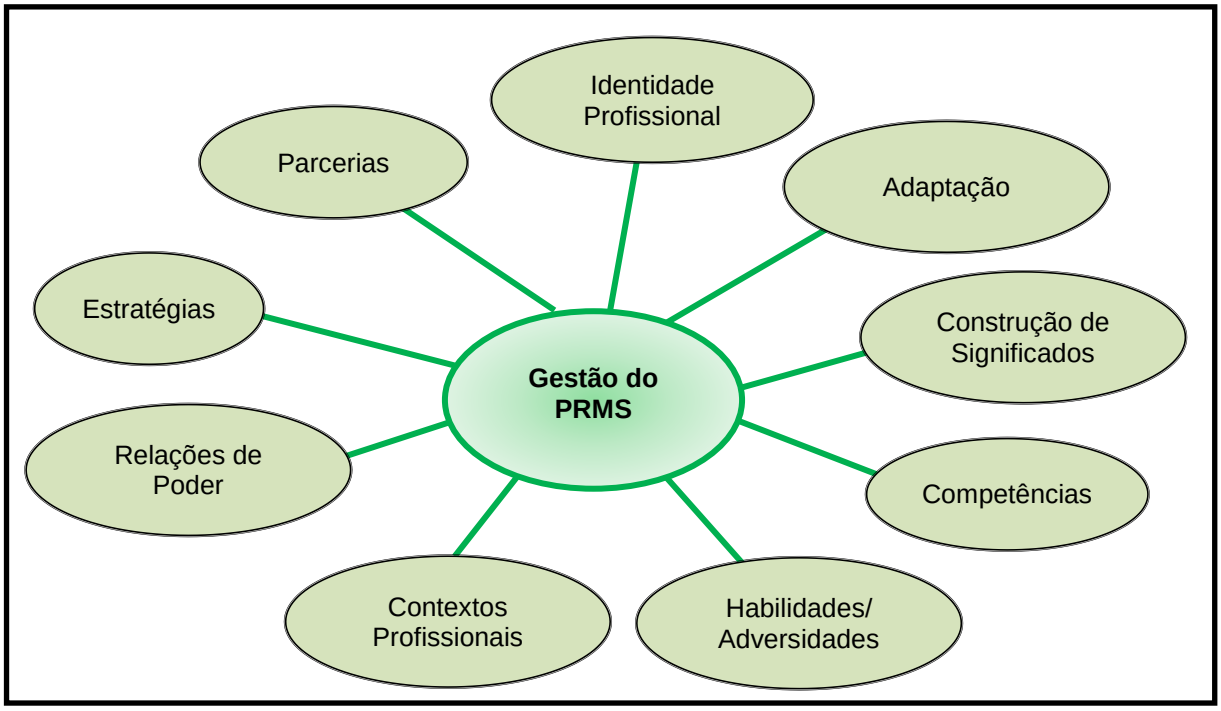

Figura 17 – Categoria não a priori - Gestão do PRMS
Fonte: Autora

5.2.2.2 Comportamento empreendedor

O comportamento do indivíduo se estrutura conforme suas características inatas e experiências vividas, o que lhes permite serem mais reflexivos, eficazes, aprendendo com os erros, explorando as diversas oportunidades (BERGAMINI, 2011; MINTZBERG, 2010). Tais características comportamentais são aquelas que

definem o indivíduo empreendedor que na visão de Drucker (2012), trata-se de um indivíduo com uma característica distinta, não apenas um traço de personalidade, mas, um comportamento que utiliza toda a criatividade do indivíduo para identificar oportunidades, produzir novos valores e concretizar seus objetivos. Essa adversidade de contexto contribui para o surgimento de diferentes tipos de atores sociais, em estruturas organizacionais distintas, da atividade privada e da pública, estimulando o espírito empreendedor daqueles envolvidos nestes ambientes. As falas de E10 e E11 sustentam essa abordagem.

[...] quem assumiu a bandeira da residência hoje é profissionais que encontraram na residência essa possibilidade de avançar com a formação. Por que hoje o desafio é esse. O grupo que compõe a residência seja de docentes, de profissionais do serviço, são profissionais que vislumbram ver na residência a possibilidade de avançar nesse desafio de mudança de paradigma, de formação, atenção. Essa é a trajetória. (E10)

Eu entrei no programa justamente pela proposta pedagógica, esse diferencial, intersetorial interdisciplinar. Porque antes mesmo de entrar no programa da residência, quando vim para cá em 2008, a primeira turma de residentes foi e 2009, eu já tentava, eu sozinha dentro do serviço, fazer algumas coisas diferentes. Porque o nosso modelo é totalmente biomédico. (E11)

Para Filion (1999) a ação humana, é um fenômeno complexo que depende de interações entre pessoas e envolve a viabilização e a articulação de recursos de diferentes tipos, podendo ser visto como um processo que cria valor individual, organizacional e social. Minello (2010) corroborou a ideia salientando que o comportamento empreendedor se caracteriza por alguns traços comportamentais, tais como, iniciativa, capacidade de organizar e reorganizar mecanismos sociais e econômicos, a fim de transformar recursos e situações para proveito prático e aceitar o risco ou o fracasso de suas ações. Os trechos abaixo confirmam a relevância dessas colocações.

Então o que nós tivemos de trabalho naquela época e as pessoas se afastaram um pouco e acabou virando e mexendo ficou três trabalhando naquele

momento [...] Varávamos dias trabalhando, íamos até de madrugada para conseguir estruturar o programa. (E5)

Se o residente traz as propostas e a gente conhece o território, então esse comprometimento de fazer com que o residente também se apodere desse território e consiga fazer esse cruzamento da teoria com a prática é de minha responsabilidade. E que a partir daí gere ações nos serviços que não sejam deslocadas do processo de gestão como um todo. (E7)

Nesse sentido, relacionando o enfoque comportamental do indivíduo empreendedor dentro do setor público, Fagundes (2010) ressaltou que, para gerenciar os processos de trabalho, os gestores precisam ter capacidade de influenciar grupos, identificar talentos, desenvolver potenciais e influenciar equipes que possuam a capacidade de se autogerenciar, características comuns dos empreendedores. Collins (2010) sugeriu que o comportamento é um fator essencial para a condução e para o sucesso da organização. Contudo, tal comportamento também é afetado pelas adversidades peculiares a um ambiente organizacional, sendo uma delas a capacidade de lidar com as mudanças e suas repercussões. Nos trechos relatados por E4 e E9 pode-se identificar essa abordagem.

[...] quando a gente esta num cargo de gestão a decisão de mudar processos, as vezes eu fico muito preocupada de não dar vencimento nas coisas [...] Nas responsabilidades de mudança por que tu interfere na vida do outro quando for tomar uma decisão. (E4)

Como todo o processo de gestão é assim. Três anos apenas. Eu penso que ele é um processo em construção, acredito que nenhum resultado vem em três anos, resultado ele é a médio longo prazo. Eu me deparei como todo processo que já foi um embrião que tá no processo de desenvolvimento, com as dificuldades, com questões politicas, com enfrentamentos, mas também com coisas muito interessantes. (E9)

Isto se sustenta, na visão de Collins (2010), pelo fato de que o comportamento é fator essencial para a gestão, sendo que a formulação de estratégicas com base em evidências empíricas e na experiência do próprio

processo de gestão, parece ser um dos caminhos em direção à criação de novos arranjos organizacionais.

Entende-se que os gestores do PRMS, com base na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde[7] (CNRMS) e na proposta pedagógica do PRMS, propõem uma nova perspectiva de gestão nos serviços de saúde, com a intenção de fortalecer as políticas públicas de saúde. Para Merhy (2002) a insuficiência do modelo de saúde atual prima por práticas inovadoras, novas concepções de conhecimento, com perspectivas a resolutividade das práticas oferecidas pelo sistema. Os trechos destacados a seguir sustentam essa abordagem.

Os residentes vêm com uma proposta bem arrojada querendo discutir os espaços formais, princípios do SUS. Enfim é uma equipe (serviço) que tem uma visão bastante antiquada do que é saúde, uma visão longe das políticas atuais. Estritamente tradicional. E ai tem esse choque e a equipe aqui se sente invadida se sente desrespeitado e se sente muito incomodada. Os residentes vêm carregados de muita critica querendo colocar muita coisa nova em pouco tempo. Um movimento bastante natural que faz parte do processo, só que não fecha e isso vai ficando cada vez mais explicito tem até momentos de conflitos por causa disso. (E1)

[...] acho que a gente tem que tentar criar estratégias mais requintadas possíveis. Não para engessar, mas para errar menos. Eu não acho que a gente aprende só errando, acho que a gente aprende também acertando e o acerto tem muito a ver com planejamento. (E2)

Para Bergamini (2011), Dornelas (2001) e Ibson et al. (2006), características pessoais inerentes a cada indivíduo como personalidade, percepção, atitude, motivação, valores pessoais, experiência, determinação, insatisfação com o trabalho, idade, espírito empreendedor, capacidade de liderança, visão e aprendizagem, interagem para determinar o comportamento da pessoa que exerce um papel gerencial dentro de um determinado contexto.

O valor atribuído a cada evento da vida determina o envolvimento que o

[7] Ao CNRMS cabe a responsabilidade de avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional no Brasil obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS. Assim como, fiscalizar se as propostas pedagógicas estejam atendendo às necessidades sócias epidemiológica da população brasileira loco-regional onde o programa está vinculado.

indivíduo vai conferir a essa experiência. São variáveis psicológicas que, segundo Bergamini (2011), devem ser analisadas de forma criteriosa, pois definem a compreensão do comportamento humano e os resultados frente a uma determinada situação, como pode ser visto nos trechos de E6 e E12.

Cada dia que passa está melhor porque esta mais firme, embora haja problemas, eles nos levam à maturidade [...] pensamos no usuário, no nossa equipe. Como uma questão que não termina quando ele sai (residente), é uma coisa muito séria, muito importante, eu acho que é completa. Penso que é uma filosofia de vida, que a vida de muitas pessoas depende disso. (E6)

Eu entrei na residência eu não sabia o que era um programa de residência. Eu nunca tinha trabalhado com essa modalidade de ensino, tinha trabalhado com as anteriores, mas a modalidade de residência para mim era completamente nova. Então, além de vim para um lugar novo, para uma instituição nova, conhecer pessoas novas eu estava entrando em duas coisas, num projeto de graduação que eu não conhecia. Levei quase um ano para entender a lógica da graduação que é diferente da lógica que eu vim. E segundo, eu entrei num programa de pós-graduação completamente diferente da experiência dos cursos de especialização que é a residência. (E12)

Compreende-se que o papel dos gestores entrevistados lhes exige habilidades para inovar, assumir riscos calculados, tomar decisões, ser criativo e incorporar novas tecnologias que consigam transpor as diversas barreiras do conhecimento no campo da saúde. Para Bergamini (2011) essa capacidade de enfrentar os desafios pode ser definida com base na personalidade do indivíduo, uma vez que pessoas com este perfil apresentam características positivas, como alto nível de compromisso, controle interno, sentido de segurança e tendência a enfrentar transtornos como desafios; como relatam E3 e E4.

Isso traz crescimento também, e a gente acaba fazendo vinculo entende? Vínculos de afeto eu gosto disso. Para mim isso é um desafio, um novo começo, não é pesado é uma coisa gostosa. Ter de acolher o residente; a gente esta num processo bem diferente que antes a gente só tinha a "X" aqui e ai chegou mais. Então este acolhimento do residente cada um diferente do outro cada um com uma

visão diferente é um desafio; às vezes é bem cansativo e tu tens que estabelecer metas. (E3)

Nós somos parceiros estamos hoje trabalhando com voluntários, pessoas que tão no serviço ajudando [...] eu me sinto muito bem ajudando. Mas assim, eu sofro muito porque é muito difícil lidar com pessoas. Quando tu esta fazendo uma gestão, uma coordenação lidar com pessoas, tem problemas internos e externos entre as equipes, pessoais, individuais é uma coisa. Então essa parte de interação pessoal isso é muito difícil de conseguir harmonizar o processo de trabalho. Ao mesmo tempo é muito desafiante porque se não fizer isso, essas interações, esses embates, essa reflexão não acontece. (E4)

Esses trechos de E3 e E4 evidenciam características que se assemelham àquelas que definem o comportamento empreendedor. Para Malagris (2010) pessoas que congregam características individuais que se complementam para a execução de determinadas funções, assim como lidam com as adversidades do meio de forma adaptativa, podem ser denominados como indivíduos de personalidade resiliente, como é o caso dos gestores entrevistados para este estudo. São indivíduos que reelaboram novos modos de pensar, sentir e se comportar; como pode ser visto nos relatos a seguir.

Eu acho que a gente passou assim por fases muito difíceis, e aí acho que tem assim a ´Y´ ela é uma empreendedora. Ela é algo assim, ela é uma pessoa fora dos padrões, eu diria assim, no sentido de fôlego para tocar isso. (E2)

[...] a residência multiprofissional é uma coisa posta aqui dentro. Não tem mais como retroceder, porque a gente não sabe mais trabalhar sozinho. Antigamente a gente que resolvia tudo, era a gente que sentava a beira do leito do paciente, era a gente que dava conselho para o paciente de acordo com as nossas concepções. Hoje eu percebo que isso tá se abrindo muito. Eu me sinto completamente realizada quando eu vejo que os residentes estão atuando e que cada vez mais ocupando seu espaço. (E8)

Para Filion (2004) as ações que envolvem empreendimento no contexto das organizações sem fins lucrativos precisam ser adotadas e, inclusive, incentivadas pelos gestores em busca do aprimoramento da organização. Para o autor é

importante descobrir quem possui inclinação para este tipo de atividade e investir nessas pessoas, buscando delegar maiores poderes e recursos, dividindo as responsabilidades com quem possui condições de auxiliar na gestão, recebendo sugestões de melhorias ou aprimoramentos de técnicas, processos ou produtos.

No entanto, para que isso se efetive na prática, os gestores precisam estar dispostos a assumir um comportamento que dê condições para atuar em ambientes turbulentos, como no caso do PRMS, no qual as adversidades fazem parte do dia a dia. Conner (1995) destacou que para tal comportamento se efetivar são necessárias estratégias mais eficazes para enfrentar os obstáculos, interagindo e absorvendo de maneira mais rápida as transformações e minimizando possíveis disfunções causadas por essas alterações; como pode se perceber nos relatos a seguir.

Nós sabemos de como se dão as coisas em cada município, os poderes que rolam, o envolvimento que os profissionais têm no trabalho, eu acho que a gente tem essa responsabilidade de dar esse equilíbrio para as propostas que eles (residentes) trazem. (E7)

[...] trabalhar com essa questão do residente 60 horas nos campos. A gente tinha um projeto político pedagógico com algumas ideias fortes, tipo matriciamento, linha de cuidado, e tudo novo do ponto de vista teórico. E você olhava para os espaços, não tinha nada disso. Então foi extremamente desafiador. (E12)

Dessa forma, verificou-se que os gestores que ocupam cargos gerenciais no PRMS em estudo apresentam características empreendedoras, evidenciadas pelo seu comportamento empreendedor. São indivíduos que estão imersos num ambiente que exige controle emocional, pois envolve o contexto da saúde-doença, necessitando constantemente estratégias comportamentais que possibilitem a reorientação das ações de gerenciamento do PRMS.

Entende-se que o comportamento empreendedor desses gestores possa representar o diferencial competitivo em relação ao mercado de trabalho voltado para os serviços públicos de saúde, para o cumprimento das leis do SUS, as melhorias da assistência ao usuário de saúde, assim como evidencia um diferencial na formação dos futuros profissionais que irão trabalhar nos espaços públicos da saúde.

A Figura 18 representa a síntese da discussão da categoria Comportamento Empreendedor.

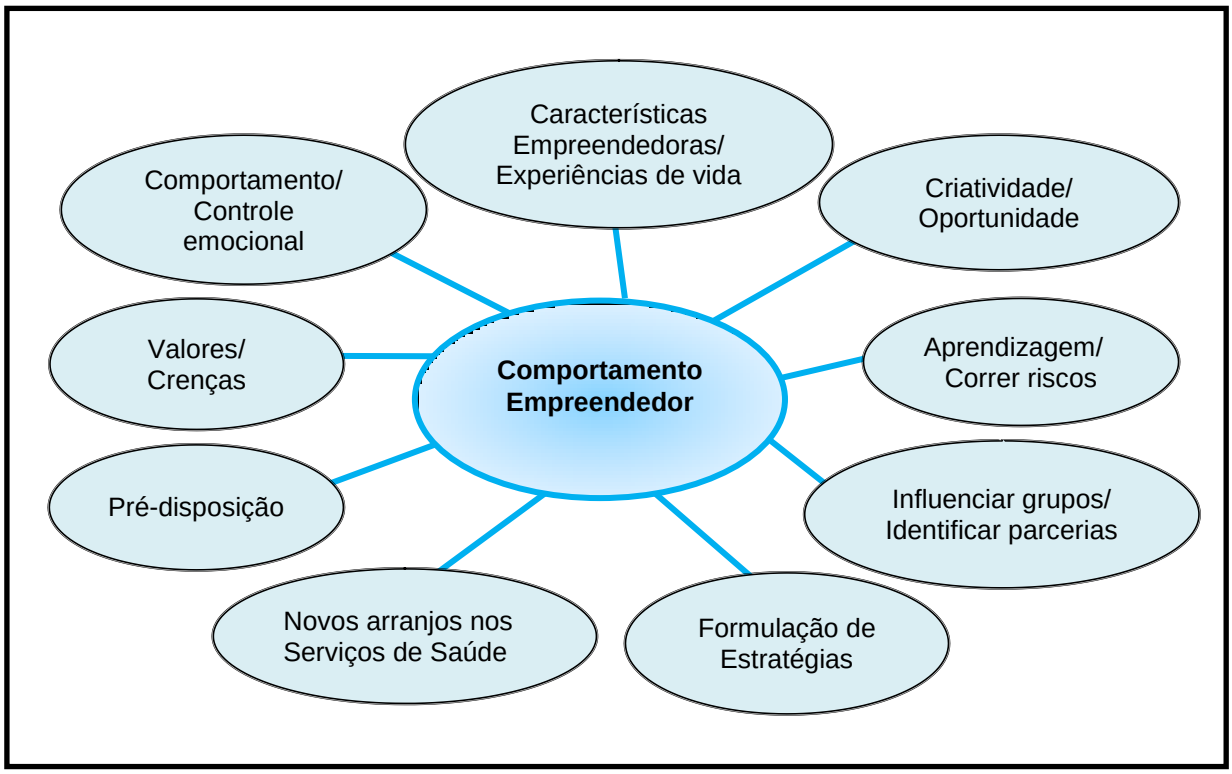

Figura 18 – Categoria não a priori - Comportamento Empreendedor
Fonte: Autora

5.2.2.3 Comportamento Resiliente

A resiliência, na visão de alguns autores, se refere a processos que agem na presença do risco para produzir características saudáveis que, consequentemente, irão influenciar no comportamento resiliente do indivíduo (INFANTE, 2005; LUTHAR, 2000; LUTHAR; BROWN, 2007; MINELLO, 2010; PINHEIRO, 2004; YUNES, 2003) A forma de agir do indivíduo frente a uma situação de tensão está relacionada à sua capacidade de superação e adaptação num sentido dialético, representando não uma eliminação do risco, mas, uma ressignificação do problema (LIPP et al., 2010; PINHEIRO, 2004).

Tendo como foco o comportamento dos multiprofissionais gestores do PRMS,

a abordagem destes autores parece ser coerente, no sentido de que o processo adaptativo desses indivíduos, envolve múltiplas dimensões e a interação de diversos fatores, biológico, sociais, psicológicos, culturais, econômicos e religiosos. Para Kübler-Ross (2009) essas dimensões são vistas como um fator que possibilita ao indivíduo aprender e crescer frente às adversidades que enfrenta. Esses momentos, para a autora, contribuem para fortalecer o indivíduo, tornando-o mais preparado para confrontar-se com novas situações e aprimorar sua capacidade de adaptação. Os trechos a seguir evidenciam essa abordagem.

Cheguei aqui me senti muito frustrado com a realidade. Demorei muito para desenvolver estratégias para conseguir de alguma maneira fazer o que eu achava que devia ser feito em conjunto com a equipe. Eu tive muitos momentos de frustração, muitos momentos de desistir, de me deixar simplesmente seguir no rumo do destino, na corrente da tradição aqui da unidade. Eu acho que os meus principais erros foram nesse sentido. (E1)

A residência te traz um desafio de que tu não pode se acomodar. Estamos ali com um profissional em formação e você passa a ser uma consultoria, o educador. Acho que a residência é um desafio no serviço por ter que estar se apropriando, não pode estar fazendo as coisas como sempre fez. É aquela coisa, tem que trazer a critica para tu poder fazer diferente. Te auto avaliar. (E3)

[...] isso é uma coisa que vem com o tempo isso não é uma coisa que acontece do dia para noite. Eu aprendi sozinha. E cada vez que as emoções afloravam que eu perdia um paciente parecia que a gente morria um pouquinho. Foi muito difícil, mas com tempo a gente vai aprendendo. Agora eu não saberia te dizer o que me levou a aprender a fazer isso. (E8)

Ao mesmo tempo em que desenvolve sua força e sua habilidade de enfrentar situações difíceis, o indivíduo caracteriza o comportamento resiliente diante das intempéries da atividade profissional. Para Kübler-Ross (2009) quando as lições são aprendidas, após o impacto da adversidade e do tempo necessário de maturação, a sensação de angústia se alivia. As falas a seguir abordam esse tema.

Porque é mediante muitos desafios, muitas dificuldades, superar, reelaborar e seguir adiante. Acho que a gente tem conseguido fazer isso, pelo menos nesses

últimos dois anos que eu tenho participado da residência, de uma forma muito interessante. Foram muitos desafios e muita superação, a gente vive um momento hoje não pleno, acho que tem muito ainda para qualificar. A gente avançou muito e acho que a gente tem um grupo muito bom, muito afinado, muito mais amadurecido. (E2)

Eu acho que a gente tem uma responsabilidade de colocar o que a gente conhece desse campo da gestão, desse conhecimento do território. Porque quando eles chegam, vêm com muita bagagem da teoria. Cabe a nós essa compreensão, esse conhecimento de como acontecem às coisas desse composto de territórios. (E7)

As pressões decorrentes do trabalho, na visão de Gasperin (2007), Meneghini et al. (2011*)*, Paschoal e Tamayo (2004) e Ulhôa et al. (2011) pode estar associado a fatores como sobrecarga, níveis hierárquicos, competição profissional, disputa de espaços, remuneração, autonomia, entre outros. É a resposta fisiológica e de comportamento de um indivíduo a determinados momentos, onde as demandas excedem as habilidades do trabalhador para enfrentá-las. Isso pode ser visto nos relatos de E5 e E10.

Um dia eu tinha que fazer uma coisa no outro dia eu tinha que fazer outra. Então isso tinha que está sempre pensando, qualquer bobagem que eu fizesse de erro de cálculos então era tudo para cima da gente. Até hoje me dá uma dor de cabeça "desgraçada" fazer isso. Eu também participava das tutorias para tentar auxiliar e ver como eles (residentes) estavam trabalhando e dar esse suporte técnico e mais prático que era uma experiência que eu já havia tido. Eu via o sofrimento deles, como eles estavam diretamente aqui dentro vendo esses problemas que aconteciam aqui e tentando fazer diferente eles tinham muitas carências. (E5)

[...] o que mais me incomoda na residência, não é articular reuniões com gestão, o que mais me incomoda, me desgasta é lidar com isto, com o comportamento humano que procura, não é de todo mundo, mas que procura as fragilidades dos outros para poder levar vantagem [...]. (E10)

Dentre esses fatores, relacionados ao contexto do programa e aos multiprofissionais gestores do PRMS, foco da abordagem qualitativa deste estudo, a

remuneração constituiu-se no aspecto mais evidenciado pelos entrevistados. O descontentamento no que diz respeito à falta de remuneração pelo desempenho de suas funções no programa. Segundo Motta (2010) os sistemas de remuneração e suas variadas formas, sejam quais forem os princípios que norteiem sua elaboração, são um meio de se controlar o comportamento dos indivíduos num determinado contexto, com o objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, eles podem ser um modo de garantir que os trabalhadores realizem suas tarefas de tal maneira que a organização possa alcançar seus objetivos. Como pode ser constatado nos trechos de E6, E10 e E12.

[...] criar um mecanismo de valorização dos profissionais que aderem ao programa. Alguma forma de retorno, não precisa ser financeiro. Criar um recurso que venha de encontro à expectativa, nem que seja assim uma portaria ou um certificado semestral, anual para por na tua parede, ostentar; não carregar sempre uma coroa nem uma conta bancária, não, uma coisa simbólica, sabe? Porque muita gente gosta disso, essa coisa assim de ser vista de ser lembrada e reconhecida. (E6)

[...] temos cobrado dos tutores que eles assumam. Aqueles que não estiverem assumindo, não iremos oferecer os núcleos profissionais. Estamos caminhando para uma lógica, infelizmente, de só manter profissões na residência que tivermos tutores acompanhando. Isso é muito triste, porque a residência não tem bolsa, ninguém recebe nada, temos que contar com a responsabilidade deles mesmo, com as negociações institucionais. (E10)

[...] esse preceptor ele não recebe nada, ele faz isso na boa vontade, porque ele acredita, ele aposta, ele faz um investimento nessa relação interinstitucional assumindo o seu compromisso. E tem certeza de que todos os que estão envolvidos sabem da responsabilidade enquanto trabalhadores, enquanto servidores públicos sejam municipal, estadual, federal. A responsabilidade que eles possuem para formação de trabalhadores do Sistema Público de Saúde. (E12)

Nesse sentido, lidar com as circunstâncias de adversidade, de maneira a não sucumbir diante delas, mas, utilizando-as como um alerta para a necessidade de revitalizar, em função do indivíduo e do contexto, é uma das estratégias de superação de eventos potencialmente estressores apontado em algumas definições

de resiliência (PINHEIRO, 2004; YUNES, 2001, 2011). Como pode ser visto nos trechos a seguir.

[...] eu acho que se deve a legitimidade da universidade. Simples, pronto! O que a universidade entende por residência multiprofissional o que o centro entende? Qual é a importância que a instituição dá pra esse momento inédito que esta acontecendo, qual é a adesão? E realmente passa por carga horária, passa por questões financeiras passa por liberação do centro. São vários cursos, que estruturam esse programa, ou a universidade emplaca a residência ou, ela vai embora não tem. Porque não tem como nós manter uma residência se a universidade não assumir. (E4)

Então, questão de qualidade de vida seria o impacto das ações, são outros olhares, outros saberes, outros profissionais que tão sendo agrupados lá naquela equipe mínima. Porque a gente tem assim o escopo de ações, a diversidade de ações que temos que dar conta. Pensando na atenção básica, como porta de entrada, mas os recursos humanos sempre reduzidos, limitados a poucos núcleos, e aí a residência vem com esses outros olhares. E também poder impactar principalmente na forma com que se dão os processos de trabalho hoje na saúde pública. (E7)

[...] hoje a residência é institucionalizada na UFSM, junto com o município e o estado. Só que agente tem dificuldades. Os tutores, coordenadores dos programas hoje são professores que estão em campo eles não tem carga horária para isso. Tenho que esta em sala de aula, me preocupar com minha produção científica, outros interesses dentro da universidade e ainda dar conta da residência. É muita demanda. (E9)

Em consequência dos fatores estressores pelos quais os profissionais da saúde estão expostos, Bolzan (2012) colocou que a situação pode fazer emergir um clima negativo dentro do ambiente de trabalho, dificuldades para identificar as expectativas dos indivíduos e nebulosidade ou falta de clareza das tarefas a serem executadas. Com base na autora, tais aspectos trazem consigo possíveis implicações para a saúde destes profissionais da saúde, podendo provocar um desgaste emocional e afetar sua produtividade, ocasionando prejuízos para os indivíduos e para a organização.

Como já colocado, um dos estágios de estresse denominado processo de exaustão surge naqueles indivíduos que não conseguem superar as adversidades a que estão expostos, levando-os a comportamentos que os tornam vulneráveis e com a possibilidade de desenvolver diversos transtornos (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009; LIPP, 2010; RICHMAM, 1992). Os trechos a seguir ilustram essas colocações.

[...] eu imaginava que todos os profissionais hoje em dia trabalhavam em cima dessa ótica e não tem gente que não concorda com as políticas de saúde e tem gente que não as conhece, e tem gente que tem as ideias mais estapafúrdias sobre o que ela seja e sobre quais sejam as suas reais motivações. (E1)

Foi muito desgastante a entrada dos residentes aqui, ate a gente conseguir dar um rumo para as gurias aqui dentro, trouxe muito sofrimento, e a gente acaba sofrendo junto com elas. (E3)

Claro que outros fatores contribuíram para que eu me afastasse. Eu, então posso dizer isso é natural. O que me machuca é ter que dizer que por cansaço eu não consegui dar conta, e para mim foi muito triste assim. [...]. E isso até hoje me traz reflexos. Eu acabo somatizando isso, vai para o corpo, daí o pescoço começa a doer o tempo todo [...] (E5)

A compreensão acerca do comportamento adotado pelo indivíduo, diante de uma situação e seus efeitos em relação ao seu nível de desajuste, pode contribuir com a ampliação do entendimento sobre suas atitudes e seu comportamento resiliente no ambiente profissional. De acordo com Elsen et al. (2003) a resiliência, principalmente sobre o ponto de vista prático, representa um dos caminhos possíveis para que os multiprofissionais de saúde possam dar continuidade às suas atividades e potencialidades profissionais, assim como desenvolver competências técnicas.

Esse raciocínio confirma o fato de que a capacidade de adaptação do indivíduo representa a essência do comportamento humano, principalmente, em situações de pressão nas quais, frequentemente, tende a agir de maneira reativa, no referido contexto (ULHÔA, 2011); como pode ser verificado nos relatos que seguem.

A enfermagem e a psicologia são duas áreas em que a gente fica bastante confortável em trabalharmos aqui. Mas, outras áreas que não tem tutores presentes. Então é uma situação delicada a gente ter que se responsabilizar por um trabalho de um profissional que não é da nossa área. (E1)

[...] aconteceu situações de chegarem e pegar evoluções dos residentes e simplesmente colocar no lixo, rasgar e colocar no lixo. Eles ficavam muito chateados, e chegaram para mim e dizerem olha lá num determinado lugar simplesmente pegaram nossas evoluções rasgaram e literalmente colocaram no lixo. (E5)

Essas relações com os tutores eu penso que é a maior fragilidade do programa hoje. Passar e acompanhar os serviços eu tenho tentado fazer isso, mas eu sei que isso é falho, por que nem toda hora eu consigo. Eu falo do meu trabalho, ainda deixo muito a desejar, por que eu ainda não consigo dar uma sustentação necessária de apoio, de suporte, eu não consigo em função do tempo. (E9)

Nesse sentido, compreende-se que o comportamento resiliente faz parte do processo da resiliência, no qual esse comportamento constitui-se da identificação da adversidade, da seleção do nível e do tipo de respostas adequadas (GROTBERG, 2005). Conhecer como os multiprofissionais gestores, se comportam diante dos processos de trabalho do PRMS parece ser um ponto importante para estabelecer vínculos de sociabilidade, atitudes e comportamentos positivos, uma vez que, os indivíduos resilientes são mais confiantes, possuem uma maior capacidade de interação, iniciativa, criatividade e ética em relação aos valores do contexto social o qual estão inseridos (WOLIN; WOLIN, 1993), neste caso específico, o PRMS.

Considerando como os gestores do PRMS, lidam com as adversidades e se comportam diante delas, é que vai determinar se o indivíduo aprendeu ou não com o contexto particular no qual está inserido (LAZARUS; FOLLKMAN, 1994). Dessa forma, o comportamento adotado pelos gestores frente às demandas do programa repercute significativamente ocupando um espaço na sociedade, moldando-se aos requisitos profissionais, contrapondo a conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde visando suprir uma necessidade do SUS (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Esta característica dos multiprofissionais gestores diante da adversidade implica que eles permaneçam ativamente envolvidos no desenvolvimento de novas

metas ou planos (SCHWARTZ, 2000; WERNER, 2001), fortalecendo sua resiliência, com objetivos estabelecidos e metas bem definidas. Este diferencial, relacionado à persistência de lutar em busca de algo que exige habilidade, determinação e capacidade para tal, define o comportamento resiliente desses gestores no PRMS.

A Figura 19 representa a síntese da discussão da categoria Comportamento Resiliente.

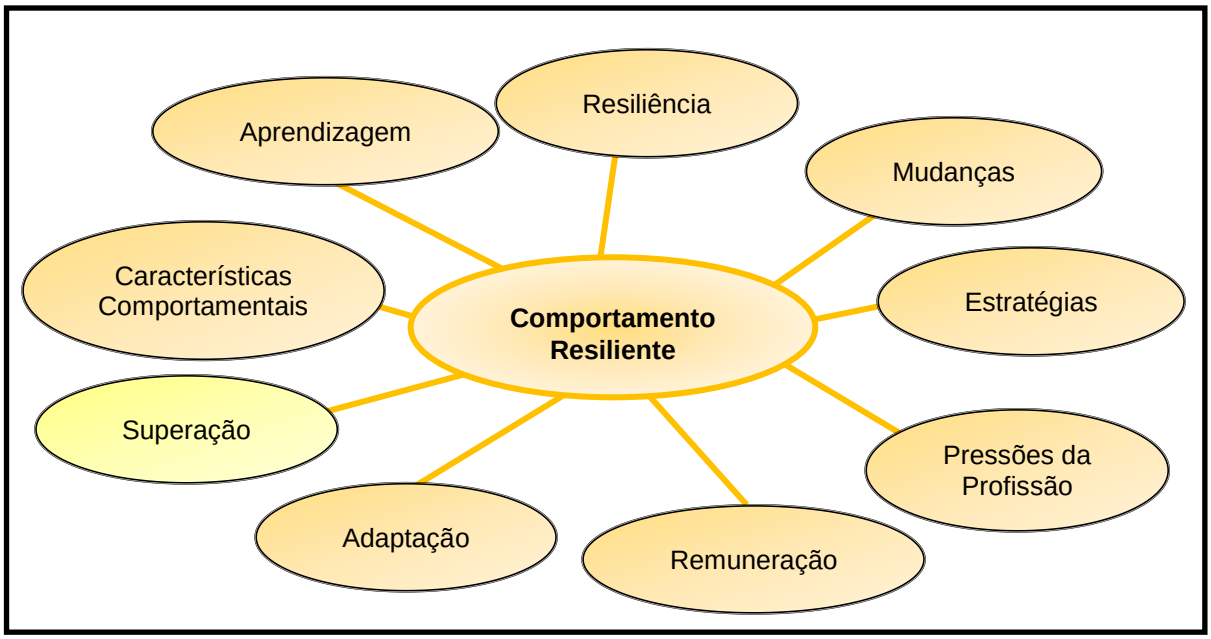

Figura 19 – Categoria não a priori - Comportamento Resiliente
Fonte: Autora

5.2.2.4 O Processo da Aprendizagem

Apesar de inúmeros esforços e avanços das políticas públicas de saúde, o modelo predominante ou tradicional de profissionais na área da saúde, tem como foco o tratamento da doença e não a sua prevenção. Esse tradicionalismo impacta no sistema de saúde pública exigindo a reorganização dos sistemas, assistidos pelas pressões para a reforma das Instituições de Ensino Superior (IES) e pelo processo de descentralização político-administrativa do ensino (ALBUQUERQUE, et al., 2008; BRASIL, 2004; FEUERWERKER, 2002; HENRIQUES, 2005; RAMOS; PADILHA, 2006).

Para Morin (2009), no lugar da categorização e simplificação de saberes, da objetivação, da separação entre sujeito e objeto, buscam-se novas formas que possam visualizar os processos de saúde-doença como um campo de interesse comum. De acordo com o autor trata-se de uma reprodução do modelo primário de formação onde é ensinado a isolar os objetos do seu meio ambiente; a separar as disciplina mais do que reconhecer a sua complementariedade; e, a separar os problemas. Nesse sentido, no que se refere aos gestores entrevistados, constatou-se que sua preocupação está fundamentada em relação ao descompasso no qual as IES se encontram, conduzidas pela lógica da reprodução de modelos. Esse comportamento pode ser verificado na fala dos gestores conforme os relatos a seguir.

Muito fraco. Fraco tanto teórico quanto na prática. Para uma graduação muito voltada para a pesquisa, trabalhando muito na lógica da CAPES. Exigem muito e esquecem a questão da prática, e quando eles (residentes) chegam aqui e se deparam com isso [...] Por que é uma formação em serviço a residência, eles levam muita surra assim até conseguir entender, digerir e aprender a trabalhar dessa forma [...] (E5)

[...] depende do grau de formação, de como é a tua formação acadêmica; também depende muito daquele apoio que tu tem dentro do núcleo. Isso é importantíssimo, se tu não tiveres o núcleo te apoiando você perde um pouco, tu te desvia do caminho. A gente percebe a frustração de alguns núcleos. Porque não existe um amparo, não existe alguém que possa dar, ajudar a caminhar, ajudar a buscar soluções, saídas, contatos [...] (E6)

Para Maturana (2009) o ato educativo é constituído pelo exercício de conformação em si em relação ao outro, e dos espaços em relação a si mesmo, ou seja, as pessoas aprendem a viver e a se conformar com a realidade que está instituída, como pode ser verificado nos trechos dos relatos de E1 e E11.

[...] o choque que é vir trabalhar neste lugar. O que eu encontrei foi um campo muito influenciado por coisas que na graduação a gente não conseguiu superar. Então, uma coisa assim, certa tradição, uma multiplicidade de olhares, variadas práticas e certa rigidez para se transitar e trabalhar também. (E1)

[...] tu não consegue trabalhar com a complexidade da saúde humana focando apenas no teu núcleo profissional. Entender qual é o papel do outro núcleo para ti saber qual é o teu limite de ação, para poder aprender a trabalhar integrado. A interdisciplinaridade é isso, é conhecer ações das diferentes profissões e saber como cada núcleo profissional atua dentro de um plano terapêutico de um usuário. (E11)

Na visão dos gestores entrevistados do PRMS, os atuais currículos de formação, ao trabalharem com um modelo que implica na precedência da aprendizagem de referenciais teóricos para depois aplicá-los na realidade, reduzem os espaços da prática a meros receptores de conteúdos fragmentados. Neste contexto, os gestores entrevistados ressaltam que não é possível pensar na mudança da formação profissional sem a devida discussão do papel das IES.

Diante disso, os gestores visualizam o modelo de formação proposto pelo PRMS, como sendo um diferenciador na formação, com perspectivas de criar novas tecnologias de saúde, como relatam E2 e E10.

[...] imagina uma turma de setenta, existe um perfil muito variado, tem uns que tem experiência, outros não tem experiência, muitos saíram recém da graduação. Francamente quem sai recém da graduação tem preparo mínimo, pessoas que eu acho que não tem perfil vão porque é uma opção que tem na vida. (E2)

Eles (residentes) têm essa obrigação de trazer toda aquela questão, aquele aporte teórico que eles tiveram na graduação. É a partir daí que se constitui o processo de aprendizagem deles dessa parte pedagógica. Por que eles são obrigados a estudar muito, é assim que eles acabam formando todo esse conhecimento com a prática, juntando novos conceitos. É de responsabilidade deles irem atrás e buscarem mais para saírem mais qualificados. (E5)

[...] eu vivia sempre em conflito com a lógica da formação, me formei de gabinete, não tinha sentido, eu sempre briguei com o jeito da formação, e quando eu fui trabalhar, também com o jeito de trabalhar [...] (E10)

Esta perspectiva relacionada à proposta pedagógica oferecida pelos programas de residência multiprofissional, na visão de Silva e Caballero (2010), parte da premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo

profissional, pois a efetivação das ações se torna eficaz quando diversos atores participam do planejamento da assistência, isso envolve profissionais, usuários e educadores. Nos trechos dos relatos de E9 e E12 a seguir os gestores entrevistados expressam sua compreensão em relação ao assunto.

[...] que a gente possa mudar esse itinerário, no sentido de que existem outros dispositivos que podem gerar sim outros benefícios na saúde desses indivíduos acometidos por sofrimento psíquico, enfim, um dispositivo que possa gerar produção de vida, produção de sentidos. E isso está na formação desses meninos aí, dessas meninas que estão nesse processo. Mas, para isso precisa ter professores que consigam visualizar, ter esta ideia que é possível sair desse modelo hospitalocêntrico. (E9)

Trabalhar com essa questão com residente, 60 horas nos campo construindo, e aí a gente tinha um projeto político pedagógico e tinha algumas ideias fortes, de matriciamento, linha de cuidado, tudo novo do ponto de vista teórico. E os espaços, não tinham nada disso. Então foi extremamente desafiador [...] Isso também nos levou a estudar, a ter que buscar os autores a ter que fazer contatos, mediações [...]. (E12)

Para Silva e Caballero (2010) os programas de residência multiprofissional ao adotarem estratégias voltadas para a questão multiprofissional e interdisciplinar assumem diante da sociedade uma responsabilidade de novas metodologias de aprendizagem.

Isto implica, segundo Fagundes e Burnham (2001), em mudanças nas metodologias de aprendizagem, buscando alternativas que não se detenham apenas na definição e fixação a priori de diretrizes normativas, traduzidas em sequências rígidas de atividades. Os trechos das falas de E1 e E7 ilustram estas colocações.

A proposta do projeto pedagógico eu acho muito interessante. Acho que se ela for de fato bem implementado, cumprir o projeto pedagógico nós estaremos formando profissionais muito competentes pra trabalhar no SUS e por em prática de fato as políticas que a gente defende. A gestão tem várias dificuldades porque é um programa grande é um programa novo. São muitos residentes e tem uma parte da equipe que encara isso como se fosse bobagem. Muitas pessoas entraram e saíram devido a varias dificuldades, como sobrecarga de funções, carga horária. (E1)

Eu acho que essa proposta pedagógica que é uma junção de ensino e serviço é o que a gente realmente necessita, porque a gente ainda tem a formação muito distante da prática, o que acontece nos municípios, então propostas que venham interferir e responder a necessidade do serviço. (E7)

Para Feuerwerker (2002) os indivíduos que desenvolvem o papel de gestores, no campo da saúde, se inserem como coadjuvantes ao processo de reformulação das políticas públicas, na perspectiva de tornar os serviços de saúde uma rede de ensino e aprendizagem, no sentido não apenas de mudança de concepções e práticas, mas, de ocupação de espaços nos serviços e no campo da política de saúde.

Essa particularidade para D'Amélio (2011, p. 249), evidencia um diferencial significativo no método de aprendizagem, pois a forma de perceber o mundo e interagir com o conhecimento "significa operar mudanças, sair da zona de conforto e, ajustar-se ao novo, lidando com as ambiguidades e contradições até encontrar outra estrutura de suporte as ações".

Em função disso, a formação dos profissionais por meio da criação de programas desta modalidade de ensino é reconhecida pelo desafio de criar a possibilidade de construção de práticas comprometidas com a concepção das propostas dos serviços de saúde (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). Os relatos destacados demonstram essa abordagem.

[...] as pessoas que estão envolvidas nesses processos são atores. São pessoas muito sensíveis então, eu acho que a gente tem construído, a gente está no caminho. Mesmo que eu posso dizer que é um momento bem insipiente, um momento de reflexão, eu acho que quando se refleti é o primeiro momento para mudança. (E2)

Como blocos assim vieram se juntando e construindo tudo isso, então eu me senti muito, muito bem com tudo isso e como já tinha academia no andar que é onde eu estou aí até acho que facilitou um pouco porque permitiu essa interação também. (E6)

[...] qualquer instituição, qual é o patrimônio que a instituição tem? São as pessoas; é nelas que nós devemos investir, temos que qualificar, é elas que precisam se sentir pertencentes aos lugares [...] (E12)

Neiva e Pantoja (2011) ressaltaram que as mudanças, além de afetarem a organização e gestão dos processos de trabalho, impõem a necessidade de construção e desenvolvimento de novos perfis de competências profissionais. Sem isso, a evolução será localizada no plano da organização sem promover a mudança institucional. Ao traçarem metodologias diferenciadas dos modelos tradicionais, os gestores entrevistados vivenciam um momento denominado de experimentação que, segundo Ceccim e Ferla (2003) e Oliveira e Guareschi (2010), está situado na quebra de paradigmas, com transformações no modo de aprender. Resgata-se, abaixo, um trecho das falas de E3, E4 e E7 que descrevem a ideia acima.

Temos que sair da caixinha e a gente que precisa desse modelo ele tem que ser rompido também aqui dentro, tem muita gente acomodada, assim como vem à academia fragmentada dentro de seus núcleos aqui dentro também as coisas são assim. (E3)

Tem muitas coisas acontecendo. E a residência entrou assim num papel fundamental de mudar e também fazer uma reflexão do formador e do aluno. Porque pelas coisas que eu estou lendo a gente só vai mudar a formação vivendo na pratica. Então, muitas coisas que os residentes tão vivendo hoje eles é que irá tornar real. (E4)

[...] a residência traz isso todo dia nos desacomoda, nos incomoda, nos questiona, faz refletir sobre o nosso processo de trabalho e eu sempre senti um crescimento com essa participação da residência. (E7)

A construção desta nova proposta de aprendizagem constitui-se em agente de motivação para os multiprofissionais gestores do PRMS. Agregam à proposta expectativas e estratégias para avançar com o processo de institucionalização dos programas. O que parece ser coerente, na visão de Kanfer (1990), Katzel e Thompson (1990), quando associam a motivação humana a um processo psicológico estreitamente relacionado com o impulso ou com a tendência a realizar com persistência determinados comportamentos, até o alcance do resultado esperado.

Para Bergamini (2011) essa particularidade é tida como uma força psicológica, um desejo, um impulso, uma vontade; envolvendo a personalidade, a inteligência, as emoções, as experiências vividas, os dados já incorporados ao

psiquismo pela aprendizagem. Para a autora isso se sustenta pelo fato da motivação ser um comportamento originado por forças ou predisposições interiores de cada indivíduo, em busca de um objetivo; como pode se verifica nos relatos de E6, E8 e E10.

[...] uma coisa assim olha, eu sou parte de uma coisa que completa vidas, concretiza sonhos que atende expectativas. Uma coisa bem importante isso. (E6)

A proposta pedagógica da residência é muito desafiadora. A gente sabe que culturalmente tem muita dificuldade de trabalhar multidisciplinar. Temos as várias profissões, cada um trabalha no seu núcleo profissional. Mas eu acho que por acreditar nisso é que eu estou na residência que eu pretendo não largar e que eu acho esse é o nosso caminho é construir isso. (E8)

Dentro da universidade que me marcou e me marca até hoje [...] muito difícil de dizer isso entendeu [...] Eu achei que era mais simples dentro da universidade trabalhar naquela formação que na prática eu achava que era necessário. Vir aqui dentro e instituir uma lógica de formação diferente, isso para mim, desde que eu entrei na universidade, tem sido muito desafio. (E10)

Para Menezes, Guimarães e Bido (2011) essa nova realidade caracteriza a inovação do processo de formação, onde aspectos como cultura, valores, aprendizagem individual e organizacional, funcionam como determinantes no contexto social dos indivíduos. Isso implica em mudanças nas relações entre as pessoas e destas com a organização, necessitando muito esforço dos envolvidos, até que o processo seja reconhecido, internalizado e se torne fonte de aprendizagem (BIDO et al., 2010). Com relação aos gestores do programa em questão, praticamente todos os entrevistados relatam que a adesão à proposta do PRMS ainda é um processo difícil e desgastante, geralmente, sendo vista como uma situação desconfortável que leva à insegurança e à resistência, afetando o emocional, gerando conflitos e trazendo instabilidade. Os relatos de E4, E5, E8 e E11 abordam essa ideia.

Eu acho que é um processo muito truncado ainda. A gente ainda não tem clareza do todo da residência. Os programas deveriam trabalhar mais encadeados. Está junto no mesmo espaço físico e a gente ainda não fez uma reunião geral de

avaliação disso desde que entrou, nem todo mundo consegue estar todo mundo ao mesmo tempo. (E4)

A partir disso, da vivência que eu tive na residência e trabalhando com outros profissionais eu criei outra perspectiva de trabalho mais aprofundada. [...] dentro de um hospital que tem uma lógica de residência médica já bem consolidada, como íamos colocar uma residência multiprofissional com ideia interdisciplinar com este meio aqui? (E5)

Para mim, não existe nenhuma dificuldade em trabalhar com eles (residentes) e participar dessa formação. Eu procuro todo tempo estar puxando meus colegas para isso e eu me sinto muito bem fazendo esse papel. (E8)

[...] tudo muito novo. Por que tudo foi se criando tudo foi se moldando aos poucos. Nada era certo quando a primeira turma entrou 2009, a gente foi engatinhando, colocando nos campos. A gente não tinha assim um nome para o que a gente estava fazendo. O serviço nos pedindo dizendo que assim não estava bom que tinha que melhorar aquilo. (E11)

Para Oliveira e Guareschi (2010) o papel assumido pela proposta da residência multiprofissional está pautado em métodos que buscam o diferencial na prestação do cuidado, numa contínua análise do sentido das práticas nos locais de produção, o que propicia o estabelecimento de ações questionadoras na ressignificação para a aprendizagem. Para Campos (1991, p.126) se trata de um fator estratégico para a construção dos serviços de saúde, compreendido como uma prática voltada para reverter o centralismo autoritário do poder de Estado e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços. Os relatos a seguir demonstram essa abordagem.

Aqui o nosso usuário é o gestor. Isso num primeiro momento frustra e ai tem que lidar com isso. Essa questão gera frustação neles (residentes) nos não temos atendimento, nos trabalhemos com implementação de políticas e assessoria técnica então esse é o desafio. (E3)

Toda uma série de portarias que vieram para poder embasar a coordenação, tudo feito ao pé da letra, está sendo gerenciado conforme todas as normas que vem e indicam como devem ser um programa de residência multiprofissional. (E5)

O profissional que trabalha no modelo de atenção à saúde pública nesse país realmente no sentido mais consolidado, ele é quase leigo para lidar com as nuances do que é um trabalho territorial. Ele sabe lidar com o que ele aprendeu na escola. Ele vai lidar com o completamente novo e vão aprender ali encima de acertos e erros, então não há uma consonância, por que o modelo hoje do que se pretende implantar de um modelo ideal, nem sei se é ideal, um modelo de atenção à saúde nesse país em relação ao ensino desses profissionais que são formados e que não tem, e digo mesmo, não tem uma formação adequada para lidar com esses novos cenários. (E9)

Na visão dos gestores entrevistados, esse processo ainda é incipiente, pois o discurso de mudança por parte de alguns indivíduos que colaboram com o programa parece ser um e as ações praticadas cotidianamente, outro. Isso remete à superficialidade no entendimento da proposta pedagógica, sustentada por Argyris (1992) como teoria esposada e teoria em uso, caracterizando um verdadeiro paradoxo.

Isso pode ser compreendido quando relacionado ao número de profissionais por núcleo do saber que representam o programa. Na tentativa de desempenharem o papel de gestor, mas que, por motivos pessoais, políticos, institucionais não conseguem, e acabam não permanecendo no programa. Isto leva a gestão do PRMS a enfrentar dificuldades em termos de representatividade dos profissionais ligados ao seu núcleo profissional. Esta particularidade, em nível de gestão, representa a tomada de decisão em diminuir ou excluir definitivamente determinada profissão do programa.

Outro ponto de relevância está associado às particularidades de alguns profissionais em relação ao programa, as quais participam das atividades propostas, atendendo mais a uma demanda profissional particular a seu núcleo do que institucional. Relacionam o contexto social e cultural como forma de crescimento pessoal (RICHTER, 1998), aproveitando o espaço para produção científica e, não necessariamente, para o processo pedagógico do PRMS. Como pode ser percebido nos trechos em destaque.

[...] se você não tem alguém no campo, que vai lá toda semana que veja a produção desse cara, se cria os monstros. No serviço público, professor da

universidade esta cheio de gente que se esconde, e vai sobrevivendo, imagina aluno. (E2)

Quando a gente vem com essas profissões novas para dentro, a gente quer mostrar o invisível, primeiro desafio. Então como é que tu vai garantir processos de aprendizagem nisso, se tutor não esta junto? (E10)

Vira e mexe eles direcionam para o núcleo, daí eu fico pensando: mas será que é interesse de repente manter esse núcleo trabalhando numa residência multiprofissional, por que uma residência multi ela é cara, caracterizada por três profissões né? De repente a gente diminui o numero de profissões e deixa realmente quem trabalha mesmo. (E11)

[...] então tem muitos que entram e saem porque tem interesse de publicação. Tem várias coisas que tão colocadas aí. E quando os seus interesses não são suficientemente atingidos as pessoas se retiram desses espaços [...] (E12)

Frente ao que foi exposto, Feuerwerker, Costa e Rangel (2000) salientaram que a integração dos métodos didáticos pedagógicos, práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras são fundamentais para o processo da aprendizagem, devendo ser levados em consideração preceitos éticos e morais, orientados pelo comportamento e condutas dos indivíduos.

A Figura 20 representa a síntese da discussão da categoria Processo da Aprendizagem.

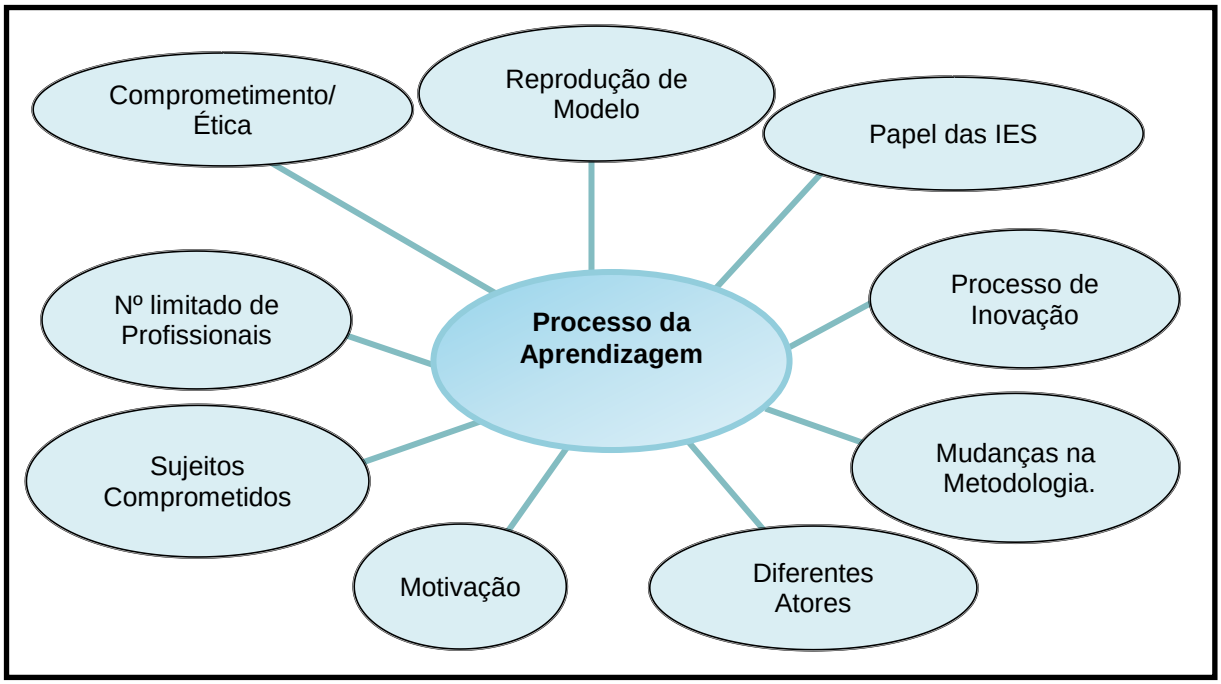

Figura 20 – Categoria não a priori – Processo da Aprendizagem
Fonte: Autora

5.2.3 Síntese da análise dos resultados da abordagem qualitativa

O resultado das entrevistas com os gestores do PRMS evidencia que suas atividades gerenciais norteiam os processos de trabalho de forma a atenderem uma exigência metodológica do programa, integrando práticas que subsidiam o ensino, pesquisa, extensão, assistência e gestão. Compreender como se constrói este processo, significa entende-lo além de suas estruturas físicas, abrindo espaço para aspectos que identifiquem como as pessoas comportam-se frente aos inúmeros obstáculos que permeiam as atividades da profissão.

Dessa forma, o comportamento desses indivíduos diante da atividade ocupacional, pela sua representatividade, é um forte aspecto da identificação das pessoas como seres sociais e, como tal, precisa ser estudado como um fator importante para a compreensão das ações humanas.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E TRIANGULAÇÃO

Neste capítulo, a discussão dos resultados da presente pesquisa será realizada por meio de uma análise que envolva os resultados qualitativos e quantitativos. Em função disso, optou-se pela estruturação do raciocínio seguindo a lógica de que os resultados das entrevistas com os gestores do programa estão diretamente ligados aos resultados da pesquisa quantitativa com os multiprofissionais residentes, pois ambos se complementam e se sustentam mutuamente. Neste sentido, os gestores entrevistados representam peças chave para o desenvolvimento e implementação do PRMS, para a definição das políticas para formação dos multiprofissionais residentes da saúde do programa, o que repercute diretamente no comportamento destes. Por outo lado, os multiprofissionais residentes representam a base da atividade prática do programa a qual é definida pelo gestor tendo como orientação o projeto político pedagógico.

Diante disso, evidencia-se que a adoção dessa estratégia de discussão dos resultados é coerente com o objetivo deste estudo - analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde do PRMS -; bem como, com a proposta do referido programa - qualificar profissionais da saúde para a reorganização do processo de trabalho nas diferentes profissões que compõem o programa, com o intuito de aprimorá-los para atuarem nos serviços públicos de saúde.

Nesta perspectiva, as novas exigências da sociedade estão pautadas em processos de trabalho que primam não somente pela realização da tarefa, mas também pela mobilização de recursos psicológicos por parte dos profissionais para resolver as novas situações que surgem no decorrer das tarefas cotidianas (FLEURY e FLEURY, 2001). No momento em que se sabe mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para determinado contexto, os multiprofissionais se aproximam da situação vivenciada interagindo de maneira dinâmica com as adversidades da atividade ocupacional.

Os gestores entrevistados evidenciam que o PRMS da UFSM, se distingue dos demais programas da mesma natureza implantado em diferentes estados brasileiros, devido a características metodológicas no decorrer das práticas e do

trabalho final de residência que se estrutura na realização em dois contextos profissionais diferentes, ou seja, dois níveis de complexidade, sendo exigido o envolvimento de no mínimo três núcleos profissionais, caracterizando a atividade multiprofissional.

Por outro lado, na perspectiva dos multiprofissionais residentes respondentes, com relação à ruptura da metodologia adotada centrada no modelo tradicional, constata-se que, embora enfrentem barreiras ou pressões para a sua atuação prática, tais profissionais não deixam de desenvolver novas formas de trabalho e de aprimorar tecnologias na saúde, no intuito de prestar um serviço de melhor qualidade para a sociedade.

Os gestores entrevistados apontam para o fato de que vêm implantando práticas que podem ser consideradas como um dispositivo de gestão importante à reorganização dos serviços de saúde, visto que o PRMS, é atualmente utilizado como referência para o Ministério da Saúde e Educação em âmbito nacional para nortear estratégias para outros programas de residência multiprofissional. Sendo de sua responsabilidade a adoção de metodologias de aprendizagem que qualifiquem os multiprofissionais residentes com competências para atuar nos serviços de saúde.

Essa forma de gestão, de fazer e pensar os serviços de saúde com um olhar diferenciado, na visão dos multiprofissionais residentes do programa em questão, envolve um comportamento reflexivo que se sustenta nos resultados referentes ao fator situacional da resiliência. Tais resultados mostram que os multiprofissionais residentes frente a situações de adversidades no ambiente de trabalho apresentaram um indicador de alta resiliência em torno de 61% e, de média alta resiliência de 39%. Isto indica que os respondentes possuem capacidade resiliente e de interação com o ambiente, possuem bom senso para resolver os problemas emergidos da situação na qual estão expostos; usam de estratégias como definição de metas, criatividade e capacidade de improvisação como forma de criar mecanismos que deem suporte a execução das tarefas a serem desempenhadas. Estas características são evidenciadas por Polk (1997), como sendo atitudes e comportamentos resilientes dos indivíduos diante da situacionalidade em seu contexto profissional.

Esse raciocínio pode ser constatado no relato de E10.

Às vezes essa é minha grande dúvida, por que eles vêm para residência? Pela bolsa ou é pela possibilidade de uma formação diferente, porque não estão ainda no mercado? Eu acho que é um todo. Eles têm frustrações sim, eles têm que desconstruir o que esta introjetado neles que é o convencional. Aí, eles se frustram, sofrem, acham que o sofrimento é pela infraestrutura, eles não conseguem entender que o sofrimento muito tem a ver com as desconstruções que estão fazendo. Então o perfil hoje é este, é um processo de construção, desconstrução, de valores em jogo, entra também toda uma questão dos valores de uma sociedade, hoje que está muito carente de atitude e de comprometimento. (E10)

Na visão dos gestores entrevistados, conviver diariamente com os conflitos marcado por desequilíbrios, interpessoal e intrapessoal, são característicos da sua função, consideradas por eles fundamentais para a tomada de decisão no contexto profissional do programa. Nesse sentido, no momento em que surgem situações conflitivas, as partes envolvidas são chamadas e juntamente com o gestor busca-se uma solução. Da mesma forma, consideram que o seu comportamento implica em saber qual, como e quando programar estratégias necessárias para o alcance dos objetivos do programa, o que interfere diretamente nas atividades dos multiprofissionais residentes do PRMS.

Na perspectiva dos multiprofissionais residentes, o processo de elaboração de estratégias por parte dos gestores se dá com base em procedimentos formalizados na metodologia de programa implementado na Instituição. Isto repercute diretamente no comportamento dos residentes. No entanto, percebe-se que as pressões exercidas pelos gestores entrevistados e pelas características da atividade profissional não indicam um alto nível de estresse para os multiprofissionais residentes. Isso se sustenta com base na mensuração do estresse entre os respondentes, resultando na predominância de médio baixo estresse 57,73% e, médio alto estresse 27,84%. Para Bianchi (2000), estes resultados podem ser influenciados dos fatores externos, como a família, os amigos, os colegas, as crenças, assim como a fatores internos que estão diretamente relacionados à forma como a organização esta estruturada. Estes fatores podem estar auxiliando os multiprofissionais residentes no desenvolvimento de suas potencialidades e preservando a integridade física e emocional para lidar com as adversidades do contexto profissional.

Os gestores entrevistados salientam que a estrutura organizacional onde os multiprofissionais residentes estão inseridos com suas atividades ocupacionais, é regida por uma hierarquia conservadora, baseada em padrões culturais, que delimitam a integração do multiprofissional residente no contexto. Mesmo diante destes obstáculos, os gestores entrevistados preferem correr o risco e apostar nas mudanças propostas pelo programa, com o intuito de remodelar os modelos vigentes, permitindo assim uma adaptação às transformações das práticas de saúde.

O desafio proposto pelos gestores entrevistados do PRMS exige dos multiprofissionais residentes forças psicológicas necessárias a movê-los em direção à superação das adversidades provindas das mudanças decorrentes do processo de formação. Esta característica de adaptação pode ser percebida no fator disposicional da que indica adaptabilidade do indivíduo em relação a um determinado contexto. Os resultados indicam que os multiprofissionais residentes frente a situações de pressão apresentaram um indicador de média alta resiliência em torno de 74% e, alta resiliência 25%. Isto parece indicar capacidade de assumir o autocontrole diante de situações de pressão, autodisciplina frente as responsabilidades da atividade propostas pelo programa, capacidade de aprimorar os métodos aprendidos com a introdução de novas abordagens, assim como a predisposição para a introdução de novos métodos de aprendizagem – tais variáveis foram estruturadas a partir da teoria de Polk (1997).

Esse raciocínio pode ser constatado no relato de E10.

[...] procuro acompanhar o máximo que eu posso as reuniões, para ver se as propostas pedagógicas se consolidam ou não, matriciamento, linhas de cuidado, as carga horária complementar dentro de uma perspectiva de rede integrada, de integralidade, essa é a minha responsabilidade, e quando eu vejo que isso não acontece, estou sempre chamando para reunião [...] a residência tem outro discurso, ela tem outras ideias, outros conceitos, outros valores, nós não podemos trabalhar numa proposta que é de transformação com base no discurso convencional, não pode. Pelo menos que a assimilação das ideias, conceito dos princípios e valores, ela aconteça, agora quando ela vai significar isso em ações, isso é um processo, nós temos que dar sustentação, suporte para que isto aconteça isto é gestão.

Ao mesmo tempo os multiprofissionais residentes assumem o comportamento de adotar atitudes que venham a contribuir com sua adaptabilidade, diante das atividades desempenhadas no PRMS, exige dos gestores entrevistados habilidade de se relacionar com o grupo de residentes do programa de maneira proativa, facilitando as relações e o ambiente de trabalho. Isto se deve pela necessidade de os gestores participantes da pesquisa conhecer como estas relações são estabelecidas e de que forma podem contribuir para o processo de gestão do programa, implicando em novas formas de aprender.

O fato dos gestores entrevistados acompanharem como se estabelecem as relações de trabalho com os multiprofissionais residentes do PRMS, pode ser evidenciado pela mensuração do fator relacional da resiliência que indica média alta resiliência (73,2%) e, alta resiliência (22,68%) entre os multiprofissionais residentes pesquisados. De acordo com Polk (1997), este padrão inclui aspectos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, definida como a colocação do valor em ambas as relações estabelecidas. Dessa forma, atribui-se estes resultados ao fato dos multiprofissionais respondentes demonstrarem flexibilidade para formar suas relações de trabalho, associado à capacidade de ajuda mútua estabelecida principalmente entre o grupo de multiprofissionais, constituindo-se de relações em vínculos, atrelados às atitudes e o comportamento de cada indivíduo.

Ao demonstrarem seu papel de educador diante da proposta do PRMS, os gestores entrevistados ressaltam a importância de saber lidar com a multiplicidade de saberes, representado pelas dez profissões que compõem o programa, assim como trabalhar de forma integrada buscando lidar com a diversidade forma a contribuir com o processo da aprendizagem dos multiprofissionais residentes. Isto implica nos gestores pesquisados saber lidar com o novo, contornar obstáculos e direcionar energias para questões pontuais relacionadas ao programa e ao comportamento dos multiprofissionais residentes.

Na perspectiva dos multiprofissionais residentes em relação ao processo de aprendizagem visualizam uma forma de adquirir conhecimento e ser reconhecido profissionalmente, assim como qualificarem-se para o mercado de trabalho. Esta percepção, na visão dos gestores entrevistados é influenciada pelo modo como os multiprofissionais residentes interagem no contexto profissional, propõem junto as equipes dos serviços maneiras de intervir e se expressar, demonstrando sua capacidade resiliente frente às inúmeras oportunidades existentes.

Nesta perspectiva, a capacidade de aproveitar as oportunidades do ambiente onde os multiprofissionais estão inseridos, está relacionada aos estilos de aprendizagem destes indivíduos. Como mencionado anteriormente não há melhor estilo de aprendizagem, apenas estilos que se adaptam a situações diferentes.

Os resultados encontrados no mapeamento dos estilos de aprendizagem revelaram que os pesquisados possuem preferência aos estilos sensorial (76,29%); sequencial (67,01%); verbal (57,73%) e ativo (56,7%). Isto indica que são indivíduos que possuem uma preferência por determinada forma de perceber, reter, processar e compreender a informação durante o processo da aprendizagem.

Esta preferência de estilos representa a complexidade do comportamento de cada multiprofissional residente inserido no seu núcleo do saber, no contexto multiprofissional, requisito do Projeto Político Pedagógico do PRMS; possui como ponto de partida a exigência que a solução de um problema tenha a intervenção de duas ou mais ciências do conhecimento sem que as disciplinas envolvidas no processo sejam modificadas ou enriquecidas (UFSM, 2010).

Ressalta-se que o perfil levantado dos multiprofissionais residentes pesquisados do PRMS, não reflete sua adequação ou inadequação para o desempenho de suas atividades profissionais, mas auxilia a melhorar a aprendizagem, à medida que os gestores pesquisados proponham não só atividades que vão ao encontro da preferência de estilo do residente, como também estimular e fortalecer as habilidades menos desenvolvidas.

Esse raciocínio pode ser constatado no relato de E2.

[...] eles (residentes) começam a botar o pé no chão, e a gente percebe isso claramente, eles sofrem um processo de amadurecimento, do ponto de vista da formação profissional. Eles saem altamente qualificados, apesar das dificuldades, eles saem com conhecimento [...] acho que tem uma coisa bem interessante assim, que é a questão da interdisciplinaridade, o que tenho observado, é uma coisa muito bonita, porque eles nem perceberem mais. Eles se veem como trabalhadores do SUS, alguns com maior capacidade outros com menor. Mas eu vejo como o principal resultado até hoje, este resultado deles começarem a se perceber em uma equipe, que não conseguem trabalhar sozinhos e que, na verdade, é muito mais fecundo trabalhar em equipe porque se a gente quer um

sujeito integral, ou enfim, a saúde percebida como um atendimento integral ao sujeito, não dá para gente cuidar da unha encravada somente. (E2)

Diante disso, na visão dos gestores entrevistados o estímulo que os motiva parte do seu comprometimento, da competência, da experiência e da persistência diante da complexidade da função que desempenham. Essa particularidade influencia seu comportamento, o qual está em constante mudança oriunda da contínua interação com o ambiente e com o contexto analisado.

Em relação aos multiprofissionais residentes percebe-se a que a capacidade de enfrentamento talvez seja um dos grandes ganhos que a resiliência traz para o campo destes pesquisados, propondo novas formas de perceber, reter, processar e compreender as informações, pautada em ações integradas, nas quais a interação entre sujeitos se estabeleça como vínculo de confiança, como espaço de acolhida e escuta.

Diante disso, a partir da análise apresentada na discussão e triangulação dos dados, apresenta-se o Quadro 6, que sumariza os principais resultados encontrados na abordagem quantitativa e qualitativa. Essa sumarização foi constituída no intuito de proporcionar e contribuir para ampliação do entendimento da interação entre os resultados de cada uma dessas abordagens, buscando a complementariedade por meio da triangulação.

O relato dos gestores entrevistados em relação ao comportamento dos multiprofissionais residentes qualifica os resultados quantitativos gerados a partir dos multiprofissionais residentes; proporcionando, no caso da presente pesquisa, certa convergência entre aquilo que os gestores pesquisados percebem dos multiprofissionais residentes e aquilo que os multiprofissionais residentes percebem da sua atividade prática profissional no PRMS.

A Figura 21 representa a síntese da triangulação dos dados.

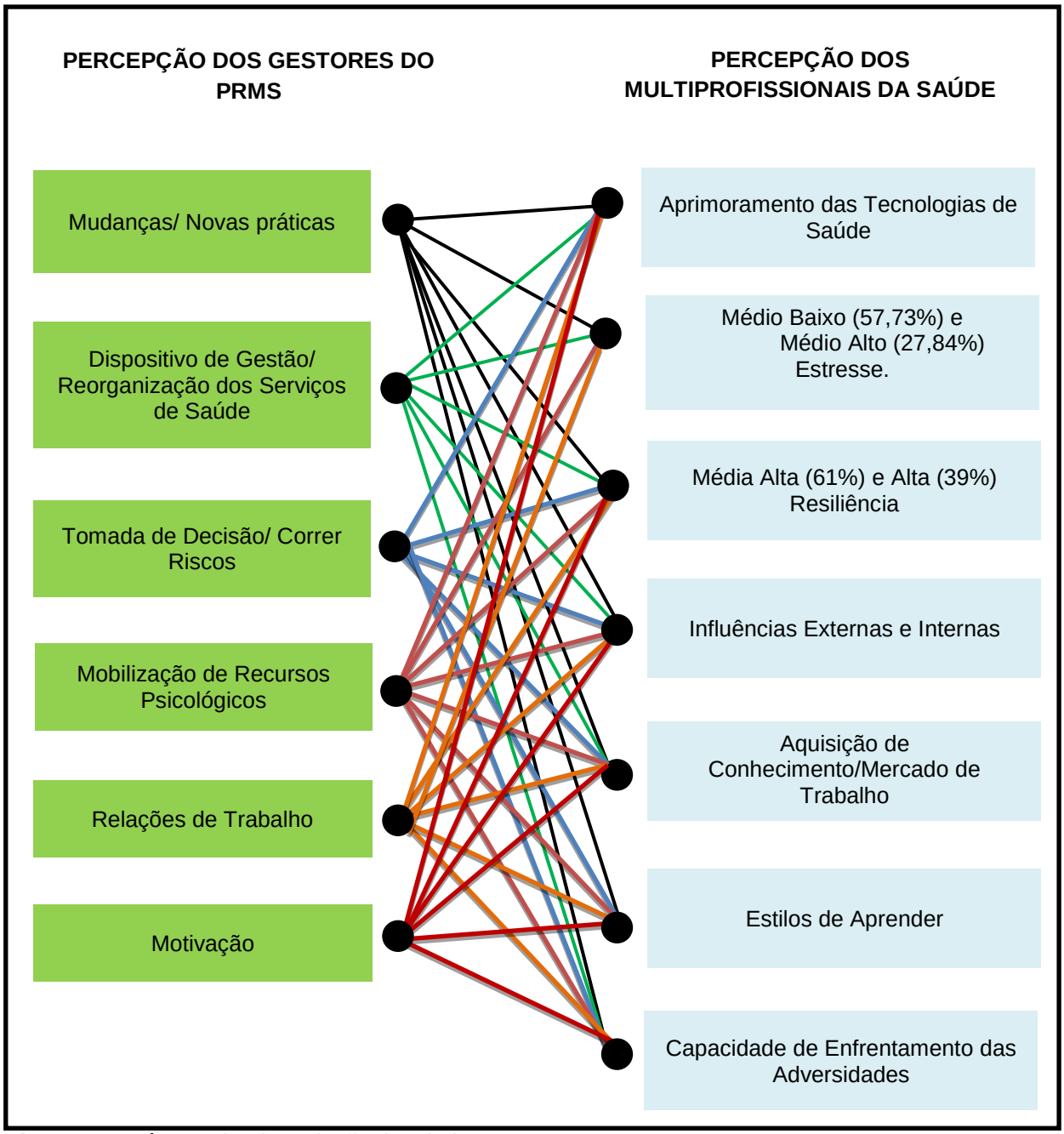

Figura 21 – Síntese da triangulação dos dados
Fonte: Autora

Quadro 6 apresenta a síntese da discussão dos resultados e triangulação

Abordagem Quantitativa Multiprofissionais Residentes do PRMS			**Abordagem Qualitativa** Gestores entrevistados do PRMS
Variáveis	**Construtos**	**Resultados**	**Trechos narrados**
Estresse	Fator Único	Média Baixa 57,73% Média Alta 27,84%	*Eu tenho dois sentimentos: o primeiro, muito gratidão, uma gratidão enorme, pois eu aprendi muito coisa com isso, profissionalmente, pessoalmente. O segundo, tristeza como eu tinha falado anteriormente, de não ter dado conta das coisas que me foram exigidas, daí ver que teria que estar mais presente, próximo do residente, auxiliando ele. (E5)*
Comportamento Resiliente ↓ ***Fatores da Resiliência***	Fator Disposicional	Média Alta 74,23% Alta 24,74%	*Então quando a gente discute com eles essas questões do trabalho eu sempre tenho vários sentimentos envolvidos, mas o produto até agora, as vivências que a gente teve foram produtos bons, a gente conseguiu crescer e percebo também que o residente, na trajetória dele ele cresce muito, ele chega muito com perfil, acadêmico, observador, não consegue nem ser propositivo no primeiro momento porque também esse campo de gestão muita coisa é nova [...] (E7)*
	Fator Relacional	Média Alta 73,20% Alta 22,68%	*[...] uma gestão uma coordenação lida com pessoas e ai tem problemas interno e externo entre residentes, as equipes, coisas pessoais, individuais é uma coisa. Então essa parte de interação pessoal isso é muito difícil de conseguir harmonizar o processo de trabalho ao mesmo tempo é muito desafiante porque se não fizer isso assim essas interações esses embates essa reflexão não acontece [...] (E4)*
	Fator Situacional	Alta 60,82% Média Alta 39,18%	*É muito escancarada a coisa. Nos não gostamos da maneira como a residência foi implantada aqui, a equipe médica diz que não foi adequadamente consultada não foi ouvida nessa implantação [...] Enfim uma série de desentendimentos. E aí vêm os residentes com uma proposta bem arrojada querendo discutir os espaços formais, questões de fórum psiquiátrico, questões do SUS [...] (E1)*
	Fator Fisiológico e Religioso	Alta 53,61% Média Alta 34,02%	*Se eu não tenho outras forças que me ajudam a desempenhar minha função, se eu fosse uma pessoa racionalista, positivista, eu nunca faria isso. O que me mobiliza me dá energia, força e clareza das minhas escolhas é uma questão existencial. (E10)*

Continuação

Abordagem Quantitativa Multiprofissionais Residentes do PRMS			**Abordagem Qualitativa** Gestores entrevistados do PRMS
Variáveis	**Construtos**	**Resultados**	**Trechos narrados**
Estilos de Aprendizagem	Sensorial	76,29%	*[...] o residente me disse: "hoje sou uma pessoas completamente diferente do que eu era 2 anos atrás, porque minha vivência prática, possibilidade de ter essa vivência prática mediada pela teoria me permitiu fazer outros movimentos e outras construções".(E12)*
	Intuitivo	23,71%	*Ele sabe lidar com o que ele aprendeu na escola. Ele vai lidar com o completamente novo e vão aprender ali em cima de acertos e erros. (E9)*
	Visual	42,27%	*[...] a maioria surpreende a gente. Com fórmulas, com facilidades de obter o mesmo resultado que a gente, de forma mais rápido. Exemplo assim eu usei a anos uma fórmula de calcular uma determinada situação lá de "porte" de XY ; e agora chega o residente, descobrimos uma fórmula milagrosa.(E6)*
	Verbal	57,73%	*Pelas apresentações das pesquisas a gente vê um grande salto, nos projetos de pesquisa e intervenção eles conseguem ver, enxergar o interdisciplinar. O intersetorial a esfera de outro nível de atenção. (E11)*
	Ativo	56,7%	*[...] acho que a coisa do espaço da prática é fundamental, mas ela precisa ser refletida, e qual o espaço de reflexão, tutoria, acompanhamento, as disciplinas elas são muito mais para nivelar o conhecimento [...] acho que a aprendizagem se dá muito por esse processo que tem que ser na vivência, na prática. (E2)*
	Reflexivo	43,3%	*Mas a gente percebe o crescimento deles, eles amadurecem realmente, profissionalmente desde a postura profissional vai mudando e vão conseguindo discutir coisas que antes discutia só no campo técnico. Eles conseguem dá uma dimensão maior para a discussão. (E7)*
	Sequencial	67,01%	*No começo eles ficam muitos perdidos, isso é normal. Mas lá pelo quarto, quinto mês agente consegue ver que os residentes começam a fazer. Mas, tu precisa dar esse tempo para eles e respeitar que cada um vem de um núcleo diferente, tem uma questão de subjetividade, têm uns que são mais proativo, outros mais reservados. Temos que respeitar o tempo. (E3)*
	Global	32,99%	*O aprendizado deles se deve muito eu acho às consultorias ou então às tutorias de núcleo, porque assim, eu percebo que o crescimento é muito grande quando elas trocam com os profissionais do serviço. (E8)*

Quadro 6 – Síntese da discussão dos resultados e triangulação
Fonte: Autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para ampliar a compreensão sobre o comportamento dos multiprofissionais residentes e dos gestores entrevistados do PRMS da UFSM, assim como das atividades desempenhadas no referido programa. Ressalta-se, conforme foi apresentado anteriormente, que tanto os residentes quanto os gestores são multiprofissionais da saúde, no entanto, estes dois grupos de profissionais serão tratados distintamente em função do objetivo deste estudo.

Considerando-se a pergunta de pesquisa do presente estudo - *de que modo o comportamento resiliente contribui para a aprendizagem dos multiprofissionais de um Programa de Residência Multiprofissional da Saúde?* Percebe-se que a mesma foi respondida em função de que os multiprofissionais residentes e os gestores entrevistados, parecem estar conseguindo transpor as adversidades que se apresentam no decorrer de suas atividades ocupacionais no PRMS, empreendendo esforços físicos, cognitivos e ações que possibilitam gerenciar as demandas externas e internas do contexto profissional. Possuem habilidades para transformar desafios em novas oportunidades auxiliando em sua capacidade de adaptação, caracterizando seu comportamento resiliente. Nesse sentido, tais habilidades contribuem de forma positiva para que as metodologias de aprendizagem se efetivem na prática.

Da mesma forma que, em relação ao objetivo geral - *analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde do PRMS* – foi possível identificar que os multiprofissionais residentes e os gestores entrevistados ao adotarem comportamentos adaptativos diante das adversidades decorrentes das atividades do PRMS, mostraram capacidade resiliente de superação, apoiados em atributos pessoais, relacionais e situacionais, contribuindo com o processo da aprendizagem.

No caso dos multiprofissionais residentes, tais atributos podem ser exemplificados, respectivamente, como o apoio externo (amigos) como atributo pessoal, apoio dos colegas residentes como atributo relacional, e, a relação com os gestores como atributo situacional. No que se refere aos gestores entrevistados, constatou-se as crenças como atributo pessoal, os colegas gestores como atributo

relacional, e a interação com os multiprofissionais residentes como atributo situacional.

No que se refere ao primeiro objetivo específico - *identificar características comportamentais de multiprofissionais da saúde, atuante no PRMS* -, verificou-se que os residentes e os gestores pesquisados apresentaram comportamento resiliente atrelado às características pessoais, sociais e cognitivas, as quais contribuem para o desenvolvimento do indivíduo, diante de experiências adversas.

No que se refere ao segundo objetivo específico – *identificar estressores da atividade e o comportamento resiliente dos multiprofissionais da saúde diante deles* –, constata-se que, em relação aos multiprofissionais residentes, o estresse identificado foi médio baixo (57,73%). Isso significa que os respondentes adaptam-se as mudanças de forma positiva (73,2%) - indicador da variável da resiliência -, o que demonstra que usam da capacidade de mobilização diante de uma situação abrangendo recursos cognitivos que exerçam controle sobre um determinado evento, caracterizando seu comportamento resiliente. Já para os gestores entrevistados, os estressores identificados foram à sobrecarga de trabalho, a não existência de remuneração, conflitos interpessoais, disputa de espaços, busca de profissionais que estejam dispostos a aderir à proposta e institucionalização do programa. Os gestores entrevistados usam os desafios do contexto profissional para aprimorarem seu processo da resiliência.

Em relação ao terceiro objetivo - *caracterizar os estilos de aprendizagem dos multiprofissionais da saúde, que atuam no PRMS* – evidencia-se que o mesmo foi alcançado em função de que foi possível identificar os estilos predominantes entre os multiprofissionais residentes, apresentados em ordem decrescente: estilo sensorial (76,29%); o estilo sequencial (67,01%); o estilo verbal (57,73%); e, o estilo ativo (56,7%). Estes estilos indicam que o processo da aprendizagem dos multiprofissionais residentes repercute nos campos de atuação profissional como um dispositivo para o aprimoramento de novas formas de realizar as tarefas na atividade prática. Este processo envolve novos conhecimentos, possibilitando a aprendizagem do indivíduo, do grupo e da organização; sendo um indicador positivo da implantação de novas tecnologias de saúde. Na visão dos gestores pesquisados, o processo da aprendizagem dos residentes está relacionado ao método de ensino proposto pelo PRMS, nos diferentes contextos em que o mesmo é aplicado. Contudo, evidencia-se o referido método encontra-se em construção, ainda em fase

de institucionalização, exigindo o acompanhamento constante e avaliações periódicas a fim de readequar os processos e as relações de trabalho.

Para o quarto e ultimo objetivo – *identificar e relacionar o comportamento resiliente com os estilos de aprendizagem de multiprofissionais da saúde do PRMS* – verifica-se que os multiprofissionais residentes do PRMS, buscam trabalhar de forma integrada com os gestores entrevistados, o que indica a intenção de tornar a proposta do programa um método formalizado e institucionalizado nos serviços de saúde de abrangência da atuação do programa.

Importante destacar que os multiprofissionais residentes são remunerados com uma bolsa de estudos, que os auxilia nas suas despesas diárias; em contrapartida, no caso dos gestores entrevistados, que também são multiprofissionais que trabalham no PRMS, sua atuação se dá como voluntários, exercendo uma atividade extracurricular não remunerada; mesmo diante dessa particularidade parece existir um esforço de ambos os atores deste processo para a efetivação das práticas propostas pelo PRMS. Surge então, uma curiosidade que merece reflexão no que se refere ao indicador de médio baixo estresse entre os multiprofissionais residentes. Tal indicador reflete a percepção de os residentes verbalizarem o fato de sua atividade ser altamente estressora, contrariamente ao resultado encontrado por meio da aplicação do instrumento utilizado, por ele respondido.

Contribuição do estudo

No que se refere à contribuição deste estudo, evidencia-se que a complementariedade da abordagem quantitativa e da qualitativa permitiu identificar o comportamento e as estratégias de adaptação diante das adversidades no contexto do PRMS, dos multiprofissionais residentes e dos gestores entrevistados.

Em relação ao estresse, este estudo permitiu identificar entre os multiprofissionais residentes do PRMS da UFSM, o predomínio de médio baixo estresse, em torno de 57,73%, indicando que o estresse para este grupo de pesquisados, não significa uma adversidade que possa estar interferindo de forma sistemática no desenvolvimento de suas atividades profissionais. Este resultado se mostra um indicador importante para os gestores pesquisados, no que diz respeito à avaliação do comportamento dos multiprofissionais residentes que possam não estar em consonância com as atividades metodológicas propostas pelo programa.

Ressalta-se que o mapeamento dos estilos de aprendizagem realizado com os multiprofissionais residentes pesquisados do PRMS, não reflete sua adequação ou inadequação para o desempenho de suas atividades profissionais, mas auxilia no processo da aprendizagem, auxiliando os gestores pesquisados a reavaliarem as metodologias de ensino do programa. Outro aspecto relevante do mapeamento desses estilos é o fato de que contribui para a proposição de desenvolver atividades que vão ao encontro dos estilos predominantes do grupo de residentes, como também estimular e fortalecer as habilidades menos desenvolvidas dos residentes.

O foco desta pesquisa, a partir de seu objetivo, apresentado anteriormente, está relacionado à percepção dos multiprofissionais residentes e dos gestores entrevistados, tendo como base o cruzamento da abordagem quantitativa *versus* qualitativa, respectivamente, evidencia uma nova abordagem para pesquisas e estudos dentro da área da saúde. Este aspecto possibilita a aplicação dessa sistemática em outros programas, sustentadas pela importância da interação da gestão com os multiprofissionais residentes.

Nesse sentido, esta pesquisa pode ser considerada como uma ampliação do escopo de pesquisa na área da saúde, pois emergem deste contexto diversos aspectos que podem contribuir e equalizar as demandas profissionais, setoriais e estratégicas de cada núcleo profissional do PRMS.

Limitações do estudo

Em relação às limitações da presente pesquisa no que se refere à abordagem qualitativa, ressalta-se que os resultados encontrados devem ser interpretados exclusivamente em relação aos gestores entrevistados do PRMS. Não é possível qualquer tipo de generalização, pois cada situação analisada está intimamente relacionada às características e à singularidade de cada indivíduo, como o próprio estudo mostra em diferentes momentos. Por outro lado, os resultados da abordagem quantitativa revelam que os multiprofissionais residentes do PRMS representam apenas um grupo de multiprofissionais do PRMS da UFSM, não podendo ser estendido para os demais programas, o que representa apenas um indicador, necessitando de ampliação do escopo de pesquisa, junto aos demais programas no Brasil, para que se possam fazer afirmações mais abrangentes em relação aos resultados deste estudo.

Os três programas, PRM em Gestão e Atenção Hospitalar, PRM em Saúde Mental e PRM Integrada em Sistema Público de Saúde foram analisados em conjunto, caracterizados para este estudo como Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - PRMS - conforme mencionado anteriormente. Isto impossibilitou a análise do comportamento dos multiprofissionais residentes, assim como dos gestores entrevistados, de maneira separada, a fim de compreender seu comportamento e estratégias usadas diante do contexto específico onde desenvolvem suas atividades ocupacionais.

Sugestões para trabalhos futuros

Diante do exposto, tem-se como sugestões para futuros estudos sobre o tema, a ampliação do estudo para os demais programas estabelecidos em outras instituições, em nível estadual, e, futuramente, nacional. Tal sugestão se dá no intuito de identificar características similares e/ou divergentes, em relação ao comportamento desses profissionais, nos diferentes contextos profissionais e de atuação, contribuindo para o entendimento do comportamento desses profissionais no seu ambiente de trabalho.

Em relação aos multiprofissionais residentes, se sugere novos estudos relacionados ao comportamento destes profissionais, separadamente por programa, com o propósito de ajustar as metodologias de ensino de acordo com a particularidade do ambiente, contribuindo com o processo de gestão de cada programa e, posteriormente estabelecer relações que possam estar subsidiando ações conjuntas.

No que se refere ao método de aprendizagem dos multiprofissionais residentes, sugere-se novas pesquisas em relação ao mapeamento dos estilos de aprendizagem destes indivíduos no primeiro ano de residência e no segundo ano, com a intenção de conhecer o perfil das turmas egressas, ajustar as metodologias de ensino a fim obter indicadores que possam aprimorar as estratégias de ensino do PRMS.

Em relação aos gestores pesquisados, sugere-se o mapeamento dos estilos de aprendizagem para os gestores que participam do programa, considerando que as estratégias de aprendizagem não se referem somente ao comportamento, mas aos pensamentos desenvolvidos dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. E. **Complexidade e organizações:** em busca da gestão autônoma. São Paulo: Atlas, 2003.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **RBEM**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

AYRES, L. F. **As influências da aprendizagem individual e grupal na aprendizagem organizacional.** Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, 2008.

AUTÉS, M. As metamorfoses do trabalho social. In CHOPART, J.N. (Org.). **Os novos desafios do trabalho social:** dinâmicas de um campo profissional. Porto: Porto, 2003.

ALLPORT, G. W. **Personality:** A psychological interpretation. New York: Holt Press, 1937.

AMARATUNGA, D.; BALDRY, D.; SARSHAR, M.; NEWTON, R. Quantitative and qualitative research in the built environment: application of “mixed” research approach. **Work Study**, v. 51, n. 1, p.17-31, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA)**. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANTONACOPOULOU, E. Desenvolvendo gerentes aprendizes dentro de organizações de aprendizagem: o caso de três grandes bancos varejistas. In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAÚJO, L. **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem**. São Paulo: Atlas, 2001.

ANTONELLO, C. S. O processo da aprendizagem entre níveis individual, grupal e organizacional: desenvolvimento de competências. **Rev. Organizações e Contexto.** Ano 3, n. 5, jun, 2007.

_____. A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica. In: RUAS, R. L. et al. **Os novos horizontes da gestão:** aprendizagem organizacional e competências. Porto Alegre: Bookman, 2005.

_____.; GODOY, A. S. A Encruzilhada da Aprendizagem Organizacional: uma Visão Multiparadigmática. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 310-32, mar/abr, 2010.

_____. Uma agenda brasileira para os estudos em aprendizagem organizacional. **RAE,** São Paulo v. 49, n. 3, p. 266-81, jul./set. 2009.

_____. **Aprendizagem organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL’AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia-Natal**, v. 3, n. 2, p. 273-94, 1998.

ANTUNES, C. **Resiliência:** a construção de uma nova pedagogia para uma escola pública de qualidade. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

ARENDT, H. **A condição humana.** 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARGYRYS, C. **On organizational learning**. Massachusetts: Blackwell Publisers, 1992.

_____.; SCHÖN, D. **Organizational learning**: a theory in action perspective. Reading, MA: Addison-Wesley, 1978.

_____. **Organizational learning II**: Theory, method, and practice. Massachusetts: Addison Wesley, 1996.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação**: rumo à sociedade aprendente. Petrópolis, Rio de JANEIRO: Vozes, 2011.

BANACO, R. Stress e terapia comportamental. In: XIV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. 2005, Campinas, SP. **Trabalho apresentado** ... Campinas, SP: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, 2005.

BANDUK, M. L. S.; RUIZ-MORENO, L.; BATISTA, N. A. A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista. **Interface:** Comunic. Saúde Educ, v. 13, n. 28, p. 111-20, jan./mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G.; LOIOLA, E. Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 220-30, 2004.

BATESON, G. **Steps to an Ecology of Mind**. Londres: Paladin, 1973.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERGAMINI, C. W. **Psicologia aplicada à administração de empresas**: psicologia do comportamento organizacional. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev Esc Enf USP**, v. 34 n. 4, p. 390-4, 2000.

BIDO, D. S.; GODOY, A. S.; ARAUJO, B. F. V. B.; LOUBACK, J. C. Articulação entre as aprendizagens individual, grupal e organizacional: um estudo no ambiente organizacional. **Rev Adm Mackenzie**, São Paulo, SP, v. 11, n. 2, mar/abr 2010.

_____.; FERREIRA, J. F.; KENSKI, J. M.; SCARTEZINI, V. N. Examinando a relação entre aprendizagem individual, grupal e organizacional em uma instituição

financeira. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 17, n. 1, p. 58-85, jan/abr, 2011.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística:** enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOLZAN, M. E. O. **Estresse, coping, *burnout*, sintomas depressivos e *hardiness* em residentes médicos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2012.

BORGES-ANDRADE, J.; ABBAD, G. Aprendizagem Humana em Organizações de Trabalho. In: ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J.E.; BASTOS, A.V.B. (Orgs). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 237-75.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** 14. ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/1996. Brasília: CNS, 1996.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287**, de 08 de outubro de 1998. Brasília, DF: CNS, 1998.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Aprender SUS:** o SUS e as mudanças na graduação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial. A residência médica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. 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 Senhoras da Conceição, 2010. p. 17-22.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e

Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS, v. 3).

BRISCOE, F. From iron cage to iron shield? How bureaucracy enables temporal flexibility for professional service workers. **Organization Science**, v. 18, 2007, p. 297-314.

BURMESTER, H; RICHARD, J. P. Planejamento e gerência estratégicos. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar:** um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ACODESS, 1995. p. 101-20.

BUTLER, A. Learning style across content areas. In: NASSP. **Student learning styles and brain behavior:** programs, instrumentation, research. Reston, Virginia: National Association of Secondary School Principals, 1982.

CALAIS, L. C. Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In: LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stres**s: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1986.

CARBOGIM, F. C.; SANTOS, K. B.; ALVES, M. S.; SILVA, G. A. Residência em enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. **Rev APS,** v. 13, n. 2, p. 245-9, 2010.

CARDOSO, S. M. V.; JANDL Jr., P. Estilos de Aprendizagem: aprendendo a aprender. **Direito-UFS,** v. 5 n. 2, p. 135 - 45,1998. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/jandl/artigos/Estilos.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2012.

CASEY, C. The changing contexts of work. In: BOUD, D.; GARRICK, J. (Orgs). **Understanding learning at work.** London: Routledge, Cap. 2, 1999. p. 15-28.

CASTELLS, M. **O poder da identidade.** 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

CASTEÑON, G. **O que é cognitivismo?** Fundamentos Filosóficos. São Paulo: EPU, 2007.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, v.1, Dez, 2011.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

_____.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem de projeto de integralidade de atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-UBRASCO, 2003. p. 211-26.

_____.; Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, p. 443-56, nov. 2008/ fev.2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul/set, 1997.

CERQUEIRA, T. C. S. **Estilos de aprendizagem em universitários.** 2000. 179p. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia Educacional. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S.T.M.; CODO, W. (Orgs). **Psicologia Social:** o homem em movimento. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 58-75.

CHIAZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CLAXTON, C. S.; MURREL, P. H. Learning Styles. **ERIC Digest,** Washington, 1988. Disponível em: <http//ericae.net/edo/ED301143.htm>. Acesso em: 20 maio 2012.

COLLINS, J. **Como as gigantes caem**: e por que algumas empresas jamais desistem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONNER, D. R. **Gerenciando na velocidade da mudança:** como gerentes resilientes são bem sucedidos e prosperam onde outros fracassam. Rio de Janeiro: Infobook, 1995.

CONNOR, K.; DAVIDSON, J. Development of a new resilience scale: The Connor – Davidson Resilience Scale (CID - RISC). **Depression and Anxiety***,* v. 18, p. 76-82, 2003.

CORRÊA, E. A. **Cultura de aprendizagem e desempenho**: análise de suas relações em organizações do setor elétrico. Brasília: UnB, 2006. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação – FACE, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CORREIA, M. A.; MATOS, F. R.; LINS, D. Análise de uma Organização Hospitalar à luz do Modelo Multidimensional-Reflexivo de Alves (2003). In: ENCONTRO DA ANPAD, 31, 2007, Rio de Janeiro. **Anais** ... Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

_____.; GUIMARÃES, T. A.; BIDO, D. S. Dimensões de aprendizagem em organizações: validação do dimensions of the learning organizations questionnaire (DLOQ) no contexto brasileiro. **Rev Adm Mackenzie**, São Paulo, v. 12, n. 2 p 4-29, mar/abr, 2011.

COTRIM, G. **Fundamentos da Filosofia**: história e grandes temas. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

COUTU, D. L. How resilience Works. **Harward Business Review**, p .46-55, may, 2002.

CURRY, L. An organization of learning style theory and constructs, In: L. CURRY (Ed.) **Learning Style in Continuing Education.** Canada: Dalhousie University, 1983.

_____. Patterns of learning style across selected medical specialties. **Educational Psychology,** v. 11, n. 3-4, p. 247-78, 1991.

D'AMELIO, M. Gerentes de diferentes formações e suas trajetórias de aprendizagem. In: ANTONELLO, C.S.; GODOY, A. . **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 2012.

DELL'AGLIO, D. D. O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. **Temas de Psicologia**, v. 1, p. 8-45, 2003.

DENZIN, N. K. The research act: **A theoretical introduction to sociological methods**. New York: McGraw-Hill., 1978.

DICKEN, P. **Mudança Global**: Mapeando as novas fronteiras da economia mundial. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

DINIZ, D. D. **A interação no ensino a distância sob a ótica dos estilos de aprendizagem.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação e Área de Concentração em Engenharia de Produção – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2007.

DODGSON, M. Organizational learning: a review of some literatures. **Organization Studies**, v. 14, n. 3, p. 75-94, 1993.

DORNELAS, J. C. A. **Empreendedorismo:** transformando ideias em negócios. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

DUNCAN, W. E. **A proposal for a multimethod approach to organizational culture research**. Birimingham: Graduate School of Management University of Alabama, 1986.

DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship)**: prática e princípios. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

EASTERBY- SMITH, M.; THORPE, R.; LOWE, A. **Management Research:** An Introduction. London: Sage, 1991.

_____.; BURGOYNE, J. ; ARAUJO, L. **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem**: desenvolvimento na teoria e na prática. São Paulo: Atlas, 2001.

EISENHARDT, K. Building theories from case study research. **Academy of Management Research.** v. 14, n. 4, p. 532-50, 1989.

EDMONDSON, A. C. B. **Group and organizational influences on team learning.** 1996, 255f. Tese (Doutorado em Comportamento Organizacional) – Harvard University, Massachustts,1996.

_____. EDMONDSON, A. C. B. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative science Quarterly**, v. 44, n. 2, p.359-83, 1999.

_____. The local and variegated nature of learning in organizations: a group – level perspective. Harvard University. **Organization Science,** v. 13, n. 2, p.128-46, 2002.

_____. Learning from mistakes is easier said than done. Group and organizational influences on the detection and correction of human error. **The Journal of Applied Behavioral Scvience,** v. 40, n. 1, p. 66-90, mar. 2004.

ELLINGER, A. D.; ELLINGER, A. E.; YANG, B.; HOWTON, S. W. Making the business case for the learning organization concept: the problem and the solution, **Advances in Developing Human Resources**, v. 5, n. 2, p. 163-72, May 2003.

ELSEN, I.; LACHARITÉ, C.; SILVA, M. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Revista Paidéia,** v. 13, n. 26, p. 147-56, 2003.

ERIKSON, E. **Identity and the life cycle.** Psychological Issues. In: BOEREE, C.G. (1997, 2006). Baseado em F. Rua, Psicologia, 12, 1959. Disponível em: <http://psychology.about.com/ library/bl/blblio_erikson.html>. Acesso em: 12 out. 2011.

FAGUNDES, P. M. Desenvolvimento da capacidade de resiliência: uma alternativa frente aos desafios da contemporaneidade? In: BITENCOURT, C. (Org.). **Gestão contemporânea de pessoas:** novas práticas, conceitos tradicionais. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2010.

FELDER, R. M.; SILVERMAN, L. Learning and teaching styles in engineering education. **Journal of Engineering Education,** v. 78, n. 7, p. 674-81, 1988. Disponível em: <http:// www.ncsu.edu/felder-public/Learning_Styles.htlm>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____.; SOLOMAN, B. A. **Index of Learning Styles.** 1991. Disponível em: <http://www.ncsu.edu/felder-public/ILSpage.html>. Acesso em: 20 mar. 2012.

_____. SPURLIN, J. E. Applications, reliability, and validity of the Index of Learning Styles. **Journal of Engineering Education**, v. 21, n. 1, p. 103-12, 2005. Disponível em: <http://www.ncsu.edu/felder-public/Learning_Styles.html>. Acesso em: 20 maio 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. **Saúde para Debate,** n. 22, p. 6-48, dez. 2000.

_____.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das** políticas de saúde, 2011. p. 290-305. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/caps>. Acesso em: 24 maio 2012.

FAGUNDES, N. C; BURNHAM, T. F. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. **Rev FACED**, n. 5, p. 39-55, 2001.

FERNANDES, C. B. (Org.). Aprendizagem organizacional como um processo para alavancar o conhecimento nas organizações. In: **Organizações do conhecimento:** infraestrutura, pessoas e tecnologia. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras**. Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v.10, n. 2, p. 414-27, 2008.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio:** O dicionário do século XXI. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

FERREIRA, D. F. **Análise Multivariada.** Minas Gerais: Universidade Federal de LAVRAS, 1996.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência uma modalidade de ensino. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em Saúde:** fazeres e saberes na formação em saúde. (Orgs). FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. **Residências em saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhoras da Conceição, 2010.

FEUERSTEIN, R.; RAND, Y.; HOFFMAN, M.; MILLER, R. **Instrumental Enrichment:** An intervention program for cognitive modifiability. Illinois: Scott, Foresman and Company,1980.

FIELD, A. **Descobrindo a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FILION, L. J. Empreendedorismo: empreendedores e proprietários-gerentes de pequenos negócios. **Revista de Administração,** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 5-28, abril/junho. 1999.

_____. Entendendo os intraempreendedores como visionistas. **Revista de Negócios**, v. 9, n. 2, p. 65-79, abr/ jun. 2004.

FISCHER, R. M. O Círculo de Poder: As Práticas Invisíveis de Sujeição nas Organizações Complexas. In: FLEURY et al*.* **Cultura e Poder na Organizações.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009. p.65-88.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências.** São Paulo: Atlas, 2012.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea,** Curitiba, v. 5, Ed. Especial, p.183-96, 2001a.

_____. As pessoas na organização. A gestão de competências e a estratégia organizacional. In: **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. p. 51-62.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R.M. (Orgs). **Cultura e poder nas organizações.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

_____.; SHINYASHIKI, G. T.; STEVANATO, L. A. Entre a Antropologia e a psicanálise: Os dilemas metodológicos da Investigação da Cultura Organizacional. In: ENCONTRO DE ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 20, 1996, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 1996. p. 143-60.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FORMIGHIERI, V. J. **Burnout em fisioterapeutas**: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. 2003. 92 f. Dissertação (Mestrado de Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FORZA, C. Survey research in operations management: a process-based perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22 n. 2, p. 52-94, 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva,** v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREITAS, A. **Aplicação de Estilos de Aprendizagem na formação de equipes.** 2007. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, EESC-USP, São Paulo, 2007.

GARMEZY, N.; MASTEN, N.; MASTEN, A. Chronic Adversities. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSON, L. (Orgs). **Child and Adolescent Psychiatry**. Oxford: Blackwell Scientific, 1994. p. 191-207.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência psicológica**: Mente, cérebro e comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GARVIN, D.; EDMONDSON, A. C.; GINO, F. Is yours a learning organization? **Harvard Business Review,** v. 86, n. 3, p. 109-16, 2008.

GASPERIN, D. **Efeito do stress psicológico no aumento da pressão arterial:** uma metanálise de estudos de coorte. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2007.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

_____. Entendendo a pesquisa científica. In: HANASHIRO, D.M. M. R.; TEIXEIRA, M. L .M.; ZACCARELLI, L. M. (Org.). **Gestão do fator humano:** uma visão baseada em stakeholders. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 359-79.

_____. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas.** v. 35, n. 3, p. 20-9, 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOLDENBERG, S. **Considerações éticas a respeito da publicação do trabalho científico**. Ética, moral e ontologia médicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GONÇALO, C. R.; BORGES, M. L. Organizações de Saúde Intensivas em Conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde Soc** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 449-61, 2010.

GONÇALVES M. B.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Rev Bras Edu Med,** v. 33, n. 3, p. 493-504, 2009.

GRANITO, R. A. N. **Educação a Distância e Estilos de Aprendizagem:** Elaboração de um protocolo de qualidade para ambientes virtuais de ensino. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

GRASHA, A.. Observations on relating teaching goals to student response styles and classroom methods. **American Psychologist,** v. 27, p*.* 144-7, 1972.

GREGORC, A. F. Learning/teaching styles: potent forces behind them. **Educational Leadership,** p. 234-6, Jan. 1979

GREENACRE, M. J. **Practical Correspondence Analysis.** In: BARNETT, V. (Ed.). New York, 2005.

GOLDBERG, P. **A saúde dos executivos**: como identificar sinais de perigo para a saúde e levar a melhor contra o estresse. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

GOULART, C. T.; SILVA, R. M.; BOLZAN, M. E. O.; GUIDO, L. A. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública**. Rev Rene**. v.13, n.1), p.178-86, 2012

GROTBERG, E. H. **A guide to promoting resiliense in children**: strengthening the human spirit. The International Resilience Project: Bernard Van Leer Foundation, 1995.

_____. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E.E.N.S. **Resiliência:** descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica.** 2003. 197p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, T. A. Ambiente de aprendizagem e cultura em organizações: estudo de caso em organização militar. **Rev Adm,** São Paulo, v. 39, n. 3, p. 231-41, jul/ ago/ set. 2004.

HADDAD, A. E. et al. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em: <http://www.inep.gov.br>. Acesso em: 12 set. de 2012.

HAIR, J. F. et al. **Fundamentos de Métodos de pesquisa em administração.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

_____. **Análise multivariada de dados.** 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. **Political science and the three new institutionalism.** Oxford: Blackwell Publishers. Political Studies, 1996. n. XLIV. p.936-957.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro.** 19. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

HAYES J.; ALLINSON, C. W. Cognitive Style and the Theory and Practice of Individual and Collective Learning in Organizations. **Human Relations**, v.51, n.7, 1998.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

HECKSHER, C.; DONNELLON, A. (Eds). **The post-bureaucratic organization**: new perspectives on organization change. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

HOFSTEDE, G. H. **Culturas e organizações**: compreender a nossa programação mental. Lisboa: Edições Sílabo, 1991.

HUYSMAN, M. Contrabalançando tendenciosidades: uma revisão crítica da literatura sobre aprendizagem organizacional. In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L. **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem:** desenvolvimento na teoria e na prática. São Paulo: Atlas, 2001. p. 81-99.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008 (Série Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica).

IBSON, J. L.; IVANCEVICH, J. M.; DONNELLY Jr., J. H.; KONOPASKE, R. **Organizações:** Comportamento, estrutura, processos. 12. ed. São Paulo: Mcgraw-Hill, 2006.

ICHIRO, K. Da administração à Promoção do Conhecimento. In: TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008. p. 118-41.

ISIDRO-FILHO, A.; GUIMARÃES, T. A. Liderança e Mecanismos de Aprendizagem em Organizações: Análise de suas Relações em uma Organização Financeira. In: ENCONTRO DE ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30, 2006, Rio de Janeiro, **Anais***...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

INFANTE, F. A resiliência como processo. Uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E.N.S. **Resiliência:** descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JOB, F. P. P. Resiliência na Organização: estudo de caso da medição e avaliação da resiliência de indivíduos em uma Organização Industrial. **Rev Fac Ciência Méd Sorocaba,** v. 5, n. 1, p. 33-42, 2003.

JACOBSOHN, L. V. **O potencial de utilização do e-learning no desenvolvimento de competências do administrador:** considerando o estilo de aprendizagem do aluno de graduação. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, FEA/USP. São Paulo: USP, 2003.

KANFER, R. Motivation theory in industrial and organizational psychology. In: DUNNETTE, M. D.; HOUGH, L. M. (Eds.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1990. v. 1. p. 75-170.

KATZELL, R. A.; THOMPSON, D. E. Work motivation: theory and practice. **American Psychologist**, v. 45, n. 2, p.144-53, 1990.

KILIMNIK, Z. M.; MORAES, R. F.; SANT'ANNA, A. S. Organizações: competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: um estudo de diagnóstico comparativo. 2005. **RAE- eletrônica,** v. 4, n. 1, art.1, jan./jun. Disponível em: <http://www.rae.com.br/eletronica>. Acesso em: 01 jun. 2010.

KIM, D. H. The link between individual and organizational learning. **Sloan Management Review,** n. 35, p. 37-50, 1993.

_____. O elo entre a aprendizagem individual e a aprendizagem organizacional. In: KLEIN, D. A. **A Gestão Estratégica do Capital Intelectual**: recursos para a economia baseada em conhecimento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998. p. 61-92.

KOLB, D. A. Management and the learning process. **California Management Review,** v. 38, n. 3, p. 21-31, Spring, 1976.

_____. **Experiential Learning:** experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

KOLB, A. Y.; KOLB, D. A. **The Kolb learning style inventory 3.1**: Technical specifications. Boston, MA: Hay Resources Direct, 2005.

KÜBLER-ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 2009.

KURI, N. P. **Tipos de personalidade e estilos de aprendizagem:** proposições para o ensino de engenharia. Tese (Doutorado em Engenharia) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2004.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber:** manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: EdUFMG, 1999.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competências dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, S.; BRESSAN, C. Mudança organizacional: uma introdução. In: LIMA, S. (Org.). **Mudança organizacional:** teoria e gestão. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic inquiry.** Londres: Sage, 1985.

LINDSTRÕM, B. O significado de resiliência. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 2, n. , abr. 2001.

LIPP, M. E. N. **Pesquisa sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 1996.

_____.; ROMANO, A.S.F.; COVALAN, M.A.; NERY, M. **Como enfrentar o stress**. São Paulo: Ícone, 1990.

_____. **Manual do inventário dos sintomas de stress para adultos de Lipp**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

_____. **Crianças estressadas:** Causas, sintomas e soluções. Campinas: Papirus, 2004.

_____.; NOVAES, L**. O Stress**. São Paulo: Contexto, 2000.

LIPSHITZ, R.; POPPER, M.; OZ, S. Building learning organizations: the design and implementation of organizational learning mechanisms. **The Journal of Applied Behavioral Science,** v. 32, n. 3, p. 292-305, 1996.

_____.; FRIEDMAN, V. J. A multifacet model of organizational learning. **The Journal of Applied Behavioral Science**, v. 38, n. 1, p. 78-98, 2002.

LIVESAY, G. et al. Statistical evaluation of Index of Learning Styles. **ASEE Annual Conference and Exposition**, Montreal, Quebec, Canada. Session 2430, 2002.

LOIOLA, E. ; BASTOS, A. V. B. A produção acadêmica sobre aprendizagem organizacional no Brasil. **RAC**, v. 7, n. 3, jul/set, 2003.

LOPES, W. M. G. **ILS – Inventário de Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman**: investigação de sua validade em estudantes universitários de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) – Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LOPES, G. T.; BAPTISTA, S. S. A trajetória da Residência de Enfermagem no Brasil. **Escola Anna Nery. Rev Enferm**, v. 3, n. 1, p. 58-71, 1999.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução, elementos para uma análise metodológica. São Paulo: EDUC, 2002.

LÜDCKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2004.

LUTHAR, S. S. The construct of resilience: applications in interventions. Keynote address. In: BANFF INTERNATIONAL CONFERENCE ON BEHAVIORAL SCIENCES, 20, 2000. **Anais …** Canada: Banff, AB, 2000.

_____.; CICCHETTI, D.; BECKER, B.; The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, v. 71, n. 3, p. 543-58, 2000.

_____.; BROWN, P. J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. **Development and Psychopathology**, v. 19; p. 931-55, 2007.

MACEDO, R. B.; LIMA, S. M. V.; FISCHER, H. C. R. Validação de instrumento para diagnóstico de cultura de aprendizagem em organizações. **Psicologia, Organizações e Trabalho,** v. 7, n. 2, p. 30-53, jul/dez. 2007.

MALAGRIS, L. E. N. Influência da diátese personológica. In: **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MALHOTRA, N. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARSICK, V.; WATKINS, K. E. Demonstrating the value of an organization's learning culture: The dimensions of the learning organization questionnaire. **Advances in developing Human Resources,** v. 5, n. 2, p.132-51, 2003.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n.1, p. 65-74, 2003.

MARIOTTI, H. **Organizações de Aprendizagem.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARQUARDT, M. J. **Building a learning organization**: a system approach to quantum improvement and global success. New York: McGraw-Hill, 1996.

MARTINEAU, S. **Rewriting resilience**: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”. Tese (Doutorado) – University of British Columbia, 1999.

MARTÍNEZ, R. S.; SEMRUD-CLIKEMAN, M. Emotional Adjustment and School Functioning of Young Adolescents with Multiple Versus Single Learning Desabilities. **Journal of Learning Disabilities,** v. 37, n. 5, p. 411-19, 2004.

MASTEN, A. S. Ordinary Magic: Resilience processes in development. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 227-38, 2001.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: EdUFMG, 2009.

MAZER, S. M.; MELO-SILVA, L. L. Identidade Profissional do Psicólogo: Uma Revisão da Produção Científica no Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 276-95, 2010.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. e cols. **Resiliência:** descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed, 2005.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm,** v. 20, n. 2, p. 225-33, 2011.

MENDES, A. M.; BORGES, L.; FERREIRA, M. C. (Orgs). **Trabalho em Transição**: Saúde em Risco. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e os movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-8, mai/ jun. 2004.

MENDES, R. **Medicina do Trabalho**: doenças profissionais. São Paulo: Sarvier, 1980.

MENEZES, E. A. C.; GUIMARÃES, T. A.; BIDO, D. S. Dimensões da aprendizagem em organizações: validação do dimensions of the learning organization questionnaire (DLOQ) in the Brazilian context. **Rev Adm Mackenzie** São Paulo, v. 12, n. 2; 2011.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar, 1997.

_____. **O SUS e um dos seus Dilemas:** Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

_____. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-79, 2012.

MESSICK, S. The nature of cognitive styles: Problems and promise in educational practice. **Educational Psychologist***,* v. 19, n. 2, p. 59-74, 1984.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Qualitativo quantitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul/set, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINELLO, I. F. **Resiliência e Insucesso Empresarial**: Um estudo exploratório sobre o comportamento resiliente e os estilos de enfrentamento do empreendedor em situações de insucesso empresarial, especificamente em casos de descontinuidade do negócio. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

_____.; BIRRER, J. A. Da adversidade à reflexão: o comportamento resiliente de multiprofissionais da saúde. **Rev Adm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 354-72, mai/ago, 2012.

MINTZBERG, H. **Power in and around organizations.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1983.

_____. **Safari de Estratégia:** um roteiro pela selva do planejamento estratégico. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

_____. **Manging**: desvendando o dia da gestão. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MORGAN, G. **Imagens das Organizações.** São Paulo: Atlas, 2010.

MORIN, E. M. Os Sentidos do Trabalho. **Revista Recursos Humanos**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul/set, 2001.

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

_____. **Repensar a reforma, reformar o pensamento:** A cabeça bem feita. 16.ed. Instituto Piaget, 2009.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2010.

MUSSAK, E. **Metacompetência:** uma nova visão do trabalho e da realização pessoal. 3. ed. São Paulo: Gente, 2003.

NASCIMENTO, D. D. G. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS.** 2008. 142 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NEIVA, E. R.; PANTOJA, M. J. Aprendizagem e mudança organizacional: das relações entre atitudes frente à mudança e estratégias de aprendizagem no trabalho. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 45, n. 2, p. 145-16, 2011.

NETO, M. S.; TRUZZI, O. M. S. Perspectivas contemporâneas em análise organizacional. **Gestão & Produção**, v. 9, n. 1, p. 32-44, abr. 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de Saúde. **Rev Bras Trab**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul/set. 2003.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa:** como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. A empresa criadora de conhecimento. In: TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008. p. 39-53.

NORIEGA, M. Organización laboral, exigencias y enfermedad. In: **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 167-87.

NORONHA, M. G. R. C. S.; CARDOSO, O. S.; MORAES, T. N. P.; CENTA, M. I. Resiliência: uma nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 78-9, 2009.

NUNNEY, D. N. Cognitive style mapping. **Training and Development Journal,** v. 32, n. 9, p. 50-7, sep. 1978.

OLIVEIRA, M. A.; REIS, V. L.; ZANELATO, L. S.; NEME, C. M. . Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicol Cien Prof**, v. 28, n. 4, p. 754-67, 2008.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição**.** 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 Senhoras da Conceição, 2010.

PARIS, L.; OMAR, A. Predictores de satisfacción laboral em médicos y enfermeros. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 233-44, 2008.

PATTON, M. Q. **Qualitative Research and Evaluation Methods**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.

PAWLOWSKY, P. The treatment of organizational learning in management science. In: DIERKES, M. ANTAL, A.B.; CHILD, J.; NONAKA, I. (Eds). **Handbook of organizational learning and knowledge.** Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 61-88.

PAZ, M. G. T. MARTINS, M. C. F; NEIVA, E. N. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 380-406.

PEREIRA, M. B.; TRICOLI, V. C. A influência do meio ambiente e de práticas parentais na vulnerabilidade ao stress. In: LIPP, M. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 67-70.

PEREIRA, M. J. L. B.; FONSECA, J. G. M. **Faces da Decisão**. São Paulo: Makron Books, 1997.

PERNOMIAN, V. **Visualização exploratória de dados de desempenho na aprendizagem em um ambiente adaptável.** Tese (Doutorado em Engenharia) – Departamento de Engenharia Elétrica da Escola de Engenharia de São Carlos, EESC, 2008.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Adaptação transcultural: confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 21, n. 2, p. 436-48, 2005.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v. 9, p. 67-75, 2004.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Resiliência: Uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Orgs). **Resiliência e psicologia positiva**: Interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 19-44.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLK, L. V. Toward a middle-range theory of resilience. **Adv Nurs Sci**, v. 19, n. 9, p. 1-13, 1997.

PROBST, G. J. B.; BÜCHEL, B. S. T. **Learning Organization**: the competitive advantage of the future. London: Pretence Hall, 1997.

RAMOS, F. R. S.; PADILHA, M. I. C. S. Formação profissional e políticas de saúde-cenários em transformação? In: COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO SOBRE QUESTÕES CURRICULARES, 3., 2006, Braga. **Anais...** Braga, 2006. p.102.

REIS, D. A. Estrutura de organização e comportamento de aprendizagem. **Rev Adm Empresas**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 7-16, mar/abr.1975.

RIDING, R.; CHEEMA, I. Cognitive styles - an overview and integration. **Educational Psychology**, v. 11, n. 3-4, p.193-215, 1991.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RICHMAM,J. A.; FLAHERTY, J. A.; ROSPENDA, K. M.; CHRISTENSEN, M. L. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. **JAMA,** v. 267, n. 5, p. 692-4, 1992.

RICHTER, I. Individual and organizational learning at the executive level. **Management learning**, v. 29, n. 3, p. 299-316, sep.1998.

RIVIÈRE, P. E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

_____. **Administração**: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2000.

ROSSMAN, G. B.; WILSON, B. L. Numbers and words revisited: being “shamelessly eclectic”. **Evaluation Review**, v. 9, n. 5, p. 627-43, 1991.

RUTTER, M. Sex differences in children’s response to family stress. In: Anthony, E.J. e Koupernik, C.(Eds.), **The child in his family.** New York: Wiley, 1970. p. 165-196.

_____. Resilience in the Face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, v. 147, p. 589-611, 1985.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry,** v. 57, p. 316-31, 1987.

_____. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**, v.14, p. 626-31,1993

_____. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. **Journal of family therapy**, v. 21, p.119-44, 1999.

_____. Resilience as a dynamics concept. **Development and Psychopathology,** v. 24 p. 335–344, 2012.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da Pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, A. F.; ALVES JR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciência da saúde. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 104-13, 2007.

SANTOS, A. P. Cultura de aprendizagem em organizações: revisão crítica de pesquisas nacionais e estrangeiras. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, v. 8, n. 9, p. 35-61, jan. jun. 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S.F. (Org.) **Redes de Atenção à Saúde no SUS:** O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. IDISA: CONASEMS, Campinas, São Paulo, 2008.

SANZOVO, C. E.; COELHO, M. E. C. Estressores e estratégias de *coping* numa amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 227-38, 2007.

SAVÓIA, M. G. Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, p. 56-67, 1999.

SAPIENZA, J. K.; MASTEN, A. S. Understanding and promoting resilience in children and youth. **Current Opinion in Psychiatry,** v. 24, p. 267-73, 2011.

SCANDROLIO, B.; MARTÍNEZ, J. M.; MARÍN, M. J.; LÓPEZ, J. S.; MARTÍN, A.; SAN JOSÉ, M. C.; MARTÍN, J. M. Violencia grupal juvenil: una revisión critica. **Psicothema**, v. 14, p. 6-15, 2002.

SCHEIN, E. H. **Psicologia organizacional**. 3. ed. São Paulo: Prentice Hall, 1982.

_____. **Identidade profissional:** como ajustar suas inclinações a suas opções de trabalho. Tradução de Margarida D. Black. São Paulo: Nobel, 1996.

SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SCORZAFAVE, L. G.; MENEZES-FILHO, N. Caracterização da participação feminina no mercado de trabalho: uma análise de decomposição. **Economia Aplicada**, v. 10, n. 1, p. 41-55, 2006.

SCHUCH Jr., V. F.; MADRUGA, L. R. R. G.; KNEIPP, J. M.; CORRÊA, A. C. Atividades extracurriculares e o processo de formação de administradores. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 24, n. 1, p. 31-40, jan/jun. 2011.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCOLLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-34, 2001.

SELIGMAN, M. E. P; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist; American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5, 2000.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa, 1954.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1972.

SENGE, P. **A quinta disciplina**: arte, teoria e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller, 2011.

SILVA, M. M. A. **Trabalho médico e o desgaste profissional pensando um método de investigação**. 2001. 186f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SILVA, P. L. A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta**. 2006, 99p. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2006.

SILVA, D. M. **O impacto dos Estilos de Aprendizagem no Ensino de Contabilidade na FEA-RP/USP.** Dissertação (Mestrado em Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, Q. T. A.; CABALLERO, R. M. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. (Orgs). FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residências em saúde:** fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhoras da Conceição, 2010.

SILVEIRA, A. (Coord.). **Residência de Medicina do Trabalho**: Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Serviço Especial de Saúde do Trabalhador, 2005.

SOUZA E. C. L. NEVES, C. M. C. **Planejamento e Gestão**. Brasília (DF): UnB, 1990.

SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. O. Resiliência Psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 40, n. 1, p. 119-26, 2006.

SOUZA, L. R.; RIOS-NETO, E. L. G.; QUEIROZ, B. L. A relação entre parturição e trabalho feminino no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 57-79, jun. 2011.

SCHWARTZ, B. Self-determination*.* **American Psychologist**, v. 55, p. 79-88, 2000.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SWIERINGA, J.; WIERDSMA, A. **La organización que aprende**. Delaware: Addison-Wesley, 1995.

TAMAYO, A.; PASCHOAL, T. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia,** v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

_____.; PORTO, J. B. **Valores e comportamento nas organizações.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

TAMAYO, M. R. Burnout: Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In: TAMAYO, A. (Ed.). **Estresse e cultura organizacional**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2008. p. 75-105.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES J. (Org.) **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p.43-75.

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.

TOLEDO, G. L.; OVALLE, I. I. Estatística básica. 2. ed. São Paulo: Atlas.

TREVELIN, A.; BELHOT, R. A Relação Professor-Aluno Estudada sob ótica dos Estilos de Aprendizagem: um estudo de caso. ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006. **Anais ...** Fortaleza, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

TROMBETTA, L. H.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o cotidiano adverso**: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Ática, 2002.

ULHÔA, M. L.; GARCIA, F. C.; LIMA, C. T.; CASTRO, P. A. . Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **Revista de Gestão,** São Paulo, v. 18, n. 3, jul/ set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS,

Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria. Projeto: **Residência multiprofissional integrada em gestão e atenção hospitalar no sistema público de saúde.** Santa Maria, RS: CCS, 2010.

VALE, E. G, GUEDES, M. V. C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. **Rev Bras Enferm.** v. 57, n. 4, p. 475-8, 2004.

VASCONCELOS, I. F. G.; VASCONCELOS, F. C. Gestão de Recursos Humanos e identidade social: um estudo crítico. **Revista de administração de empresa**, v. 42, n. 1, jan/ mai. 2002.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração***.* 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. A resiliência de profissionais angolanos. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 4, p. 701-18, 2008.

VIEIRA, M. **Pesquisa Qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

VISEU, J.; JESUS, S. N.; RUS, C.;NUNES, H.; LOBO, P.; CARA-LINDA, I. Capital Psicológico e sua avaliação com o PCQ -12. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, p.1-16, 2012.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J Nurs Meas**, v.1, p.165-78, 1993.

WERNER, E. SMITH, R. **Overcoming the odds:** High risk children from birth to adulthood Ithaca, NY: Cornell University Press, 1992.

_____. **Journeys from childhood to midlife**: Risk, resilience and recovery. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2001.

WILSON, H. C. Emergency response preparedness: small group training. Part I – training and learning styles. **Disaster Prevention and management,** Bradford, v. 9, n. 2, p. 105-16, 2000.

WITKIN, H. A.; MOORE, C. A.; GOODENOUGH, D. R.; COX, P. W. Field dependent and fieldindependent cognitive styles and their educational implications. **Review of Educational Research***,* v. 47, p. 1- 64, 1977.

WOLIN, S. J.; WOLIN, S. **The resilient self**: how survivors of troubled families rise above adversity. New York: Villard, 1993.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

_____. **A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda.** 2001. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP), 2001.

_____. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em estudo**, v. 8, p. 45-68, 2003.

_____. Psicologia Positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: DELL'AGLIO, D.; KOLLER, S.H.; YUNES, A.M. (Orgs). **Resiliência e Psicologia Positiva:** interfaces do risco à proteção. São Paulo: 2. ed. Casa do Psicólogo, 2011.

ZANELLA, L. Aprendizagem: uma introdução. In: LA ROSA, J. (Org.). **Psicologia e Educação***.* 9.ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2006. p. 23-36.

ZYWNO, M. A contribution to validation of score meaning for Felder Soloman's Index of Learning Styles. **Proceedings** of the American Society for Engineering Education Annual Conference & Exposition, 2003.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAAE: 01646712.4.0000.5346

Título do estudo: Resiliência e Aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde.

Pesquisador responsável: Jucelaine Arend Birrer.

Professor Orientador: Prof. Dr Italo Fernando Minello

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - RS/Programa de Pós-Graduação em Administração.

Telefone para contato: (55) 9144.8375

Endereço eletrônico para contato:

juarend@ibest.com.br

ita_adm@hotmail.com

Local da coleta de dados: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – HUSM/4ªCRS/SMS.

Prezado (a) Entrevistado (a): Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Resiliência e Aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde.**

Por gentileza queira responder às perguntas destes questionários de forma voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder os instrumentos, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Cabe ao pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de sua decisão em participar da presente pesquisa. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde.

Significado do termo resiliência: *Um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo mesmo diante de experiências desfavoráveis (PESCE et al.,2005)*

Procedimentos - Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento dos instrumentos, respondendo às perguntas formuladas que abordam questões relacionadas ao estresse, resiliência e aprendizagem.

Benefícios - colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde, a partir dos “nós críticos” encontrados, contribuindo para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Riscos - O preenchimento dos instrumentos não representará qualquer risco de ordem física para você. No entanto, caso você venha a sentir algum desconforto emocional, os pesquisadores se comprometem em encaminhá-lo para uma consulta com um profissional qualificado, assim como acompanha-lo junto a este serviço.

Sigilo - As informações fornecidas por você terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ambos os instrumentos receberão um código individual para cada respondente, a fim de manter o anonimato dos multiprofissionais do PRMS e para que se possa identificar o mesmo respondente do instrumento 1, 2 e 3, no momento de interpretação dos dados.

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.

Santa Maria ____, de _____ de 2012.

_____
Assinatura do pesquisado

_____
Pesquisador responsável

Apêndice B – Dados sociodemográficos dos multiprofissionais residentes do PRMS

Prezado (a) Residente

A presente pesquisa intitulada "**Resiliência e Aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde"** visa cumprir com os requisitos para elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Administração – PPGA/ UFSM.

Esta investigação tem por **objetivo analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde**. Solicitamos sua colaboração para responder as questões aqui elaboradas. Cabe enfatizar a importância da sua colaboração, bem como informar que os resultados encontrados, serão apresentados na conclusão desta pesquisa.

Não é necessária sua identificação!

Agradecemos antecipadamente sua colaboração!

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Gênero: ( ) masculino ( ) feminino

2. Idade:_____.

3. Formação profissional:_____.

4. Instituição de formação: _____.

5. Ano de formação: _____.

6. Ano de ingresso no PRMS: ( ) 2011 ( )2012

7. Programa de atuação

( ) Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

( ) Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde - Gestão e Atenção Básica.

( ) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Apêndice C – Escala de Resiliência

Origem: Polk (1997)
Validado no Brasil por Job & Job (2003)
Adaptada

	ESCALA DE RESILIÊNCIA JOB & JOB®	Discordo		Concordo		
		Total-mente	Muito	em parte	Muito	Total-mente
1	Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem os outros podem contar;	1	2	3	4	5
2	Procuro estabelecer metas para alcançar meus objetivos;	1	2	3	4	5
3	Costumo rezar frequentemente;	1	2	3	4	5
4	Sou criativo;	1	2	3	4	5
5	Costumo me relacionar com as pessoas sem preconceito;	1	2	3	4	5
6	Expresso com facilidade meus sentimentos;	1	2	3	4	5
7	Eu não insisto em situações as quais eu não posso fazer qualquer coisa sobre elas	1	2	3	4	5
8	Costumo olhar as dificuldades de forma crítica;	1	2	3	4	5
9	Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo;	1	2	3	4	5
10	Minha crença me leva a atravessar tempos difíceis;	1	2	3	4	5
11	Gosto de me envolver e realizar novos projetos;	1	2	3	4	5
12	Minha vida tem sentido;	1	2	3	4	5
13	Eu sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
14	Acredito fielmente que o obterei sucesso se acreditar que sou capaz;	1	2	3	4	5
15	Eu tenho facilidade de interação e comunicação com as pessoas;	1	2	3	4	5
16	Sou tolerante com as pessoas	1	2	3	4	5
17	Enfrento as dificuldades buscando entender o seu significado para o momento o qual estou vivenciando;	1	2	3	4	5
18	Quando tenho uma situação difícil de ser solucionada, busco olhar de diversas maneiras;	1	2	3	4	5
19	Acredito que oportunidades apareçam para pessoas que lutam por seus sonhos;	1	2	3	4	5
20	Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer;	1	2	3	4	5

ESCALA DE RESILIÊNCIA JOB & JOB®		Discordo		Concordo		
		Total-mente	Muito	em parte	Muito	Total-mente
21	Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	É fácil me tornar íntimo de alguém;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	Sinto-me mais forte a cada experiência vivenciada;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	Eu acho motivo para rir frequentemente;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25	Quando eu faço planos eu levo-os até o fim;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26	Adapto-me com facilidade a novos ambientes;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27	Eu tenho facilidade de assimilar novos conhecimentos;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28	Tenho capacidade de improvisar para resolver problemas;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29	Sei ouvir e expressar minhas opiniões no tempo certo;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30	Enfrento os desafios de cabeça erguida;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Apêndice D – Roteiro de Entrevista

Gestores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Dados complementares de suporte

1. Gênero: ( ) masculino ( ) feminino 2. Idade:_____.
2. Formação profissional:_____ Ano:_____.
3. Instituição de formação:_____.
4. Curso de Pós-Graduação:
( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-Doutorado
Programa em que atua:_____ Há quanto tempo:_____.
5. Linha de cuidado em que atua:_____.
6. Cargo ocupado no PRMS: ( ) coordenador geral ( ) coordenador
( ) tutor de campo ( ) tutor de núcleo

I – Quanto à trajetória profissional

1. Comente sobre sua trajetória de vida e fatos marcantes desse caminho.
2. Fale sobre sua trajetória profissional e fatos marcantes de sua experiência.
3. Quais os principais erros e decepções?
4. Fale sobre sua inserção no PRMS.
5. Comente sobre sua atuação no Programa.
6. Quais atividades, responsabilidades que você desenvolve no PRMS?
7. Comente sobre o processo de gestão do programa.

II - Quanto ao comportamento resiliente

8. Como você se sente fazendo parte do gerenciamento do PRMS?
9. Com você vê, enquanto gestor, a forma de gestão do Programa?
10. Comente sobre o processo de implementação do programa.
11. Como você se sente em relação ao seu ambiente de trabalho?
12. Fale sobre a maneira como as situações de pressão e/ou conflitos são conduzidas no seu dia-a-dia de trabalho.
13. Comente sobre a relação entre os gestores dos programas; entre os gestores dos programas e a coordenação geral do PRMS.
14. Comente sobre a relação entre o coordenador do programa e os tutores de campo.

III- Quanto ao processo da aprendizagem

15. Comente sobre o perfil do residente no momento de sua inserção no PRMS.
16. Como você vê o residente no momento em que inicia sua atuação no programa sob sua responsabilidade?
17. Comente sobre o processo da aprendizagem dos residentes que atuam no programa.
18. Como são resolvidos os problemas decorrentes desse processo?
19. Como você descreveria a aprendizagem do residente no campo no qual atua?
20. Comente sobre a interação entre os residentes multiprofissionais em seu ambiente de trabalho e, em seu campo de atuação?
21. Comente sobre o perfil do residente no momento em que conclui sua residência.

Apêndice E – Termo de Confidencialidade

Título do Projeto: Resiliência e Aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde.

Pesquisador responsável: Jucelaine Arend Birrer

Professor Orientador: Prof. Dr Italo Fernando Minello

Instituição/Departamento: Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Maria.

Telefone para contato: (55) 91448375

Local da coleta de dados: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - HUSM/4ªCRS/SMS.

Os pesquisadores do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade dos pesquisados cujos dados serão coletados utilizando como instrumentos a Inventário dos Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman (1991) a Escala de Estresse no Trabalho de Tamayo e Paschoal (2004) e, a Escala de Resiliência Job e Job (2003).

As informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e será mantida sobre posse dos pesquisadores por um período de cinco anos ficando armazenada na sala do professor orientador no CSH - prédio 74 C, sala de numero 4213. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 18/08/2012, com o número do CAAE: 01646712.4.0000.5346.

Santa Maria, ___, _____ de 2012.

_____
Prof. Dr Italo Fernando Minello
Orientador

ANEXOS

Anexo A – Escala de Estresse no Trabalho

Origem: Tamayo & Paschoal (2004)

Instruções: Cada questão desta escala é referente aos seus pensamentos e sentimentos. Por favor, marque com um X na questão a qual você mais se identifica no momento atual.

	ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO **Tamayo & Paschoal (2004)**	**Discordo**		**Concordo**		
		Total-mente	**Muito**	**em parte**	**Muito**	**Total-mente**
1	Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	A falta de compreensão sobre as quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	A forma como as tarefas são distribuídas em minha vida tem me deixado nervoso.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Fico de mau humor por me sentir isolado da organização.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos tratamentos para capacitação profissional.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo B – Índices de Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman (1991)

O questionário abaixo possibilita conhecer o estilo de aprendizagem o qual você está inserido no momento atual de sua vida profissional. Escolha **uma** das alternativas para cada questionamento.

1. Eu compreendo melhor alguma coisa depois de
(a) experimentar.
(b) refletir sobre ela.
2. Eu me considero
(a) realista.
(b) inovador.
3. Quando eu penso sobre o que fiz ontem, é mais provável que aflorem
(a) figuras.
(b) palavras.
4. Eu tendo a
(a) compreender os detalhes de um assunto, no entanto, a estrutura geral pode ficar imprecisa.
(b) compreender a estrutura geral de um assunto, mas os detalhes podem ficar imprecisos.
5. Quando estou aprendendo algum assunto novo, me ajuda
(a) falar sobre ele.
(b) refletir sobre ele.
6. Se eu fosse um professor, eu preferiria ensinar uma disciplina
(a) que trate com fatos e situações reais.
(b) que trate com ideias e teorias.
7. Eu prefiro obter novas informações através de
(a) figuras, diagramas, gráficos ou mapas.
(b) instruções escritas ou informações verbais.
8. Quando eu compreendo
(a) todas as partes, consigo entender o todo.
(b) o todo, consigo ver como as partes se encaixam.
9. Em um grupo de estudo, trabalhando um material difícil, eu provavelmente
(a) tomo a iniciativa e contribuo com ideias.
(b) assumo uma posição discreta e escuto.
10. Acho mais fácil
(a) aprender fatos.
(b) aprender conceitos.
11. Em um livro com uma porção de figuras e desenhos, eu provavelmente
(a) observo as figuras e desenhos cuidadosamente.
(b) atento para o texto escrito.
12. Quando resolvo problemas de matemática, eu
(a) usualmente trabalho de maneira a resolver uma etapa de cada vez.
(b) frequentemente antevejo as soluções, mas tenho que me esforçar muito para conceber as etapas para chegar a elas.
13. Nas disciplinas que cursei eu
(a) em geral fiz amizade com muitos colegas.
(b) raramente fiz amizade com muitos dos colegas.
14. Em literatura de não-ficção, eu prefiro
(a) algo que me ensine fatos novos ou me indique como fazer alguma coisa.
(b) algo que me apresente novas ideias para pensar.
15. Eu gosto de professores
(a) que colocam uma porção de diagramas no quadro.
(b) que gastam bastante tempo explicando.
16. Quando eu analiso uma estória ou novela eu
(a) penso nos incidentes e tento coloca-los juntos para identificar os temas.
(b) tenho consciência dos temas quando termino a leitura e então tenho que voltar atrás para encontrar os incidentes que os confirmem.
17. Quando inicio a resolução de uma "tarefa de casa", normalmente eu

(a) começo a trabalhar imediatamente na solução.
(b) primeiro tento compreender completamente o problema.

18. Prefiro a ideia do
(a) certo.
(b) teórico.

19. Relembro melhor
(a) o que vejo.
(b) o que ouço.

20. É mais importante para mim que o professor
(a) apresente a matéria em etapas sequenciais claras.
(b) apresente um quadro geral e relacione a matéria com outros assuntos.

21. Eu prefiro estudar
(a) em grupo.
(b) sozinho.

22. Eu costumo ser considerado(a)
(a) cuidadoso(a) com os detalhes do meu trabalho.
(b) criativo(a) na maneira de realizar meu trabalho.

23. Quando busco orientação para chegar a um lugar desconhecido, eu prefiro
(a) um mapa.
(b) instruções por escrito.

24. Eu aprendo
(a) em um ritmo bastante regular. Se estudar pesado, eu “chego lá”.
(b) em saltos. Fico totalmente confuso(a) por algum tempo, e então, repentinamente eu tenho um “estalo”.

25. Eu prefiro primeiro
(a) experimentar as coisas.
(b) pensar sobre como é que eu vou fazer.

26. Quando estou lendo por lazer, eu prefiro escritores que
(a) explicitem claramente o que querem dizer.
(b) dizem as coisas de maneira criativa, interessante.

27. Quando vejo um diagrama ou esquema em uma aula, relembro mais facilmente
(a) a figura.
(b) o que o professor disse a respeito dela.

28. Quando considero um conjunto de informações, provavelmente eu
(a) presto mais atenção nos detalhes e não percebo o quadro geral.
(b) procuro compreender o quadro geral antes de atentar para os detalhes.

29. Relembro mais facilmente
(a) algo que fiz.
(b) algo sobre o que pensei bastante.

30. Quando tenho uma tarefa para executar, eu prefiro
(a) diagramas ou gráficos.
(b) texto sumarizando os resultados.

31. Quando alguém está me mostrando dados, eu prefiro
(a) diagramas ou gráficos.
(b) texto sumarizando os resultados.

32. Quando escrevo um texto, eu prefiro trabalhar (pensar a respeito ou escrever)
(a) a parte inicial do texto e avançar ordenadamente.
(b) diferentes partes do texto e ordená-las depois.

33. Quando tenho que trabalhar em um projeto em grupo, eu prefiro que se faça primeiro
(a) um debate (brainstorming) em grupo, onde todos contribuem com ideias.
(b) um brainstorming individual, seguido de reunião do grupo para comparar as ideias.

34. Considero um elogio chamar alguém de
(a) sensível
(b) imaginativo.

35. Das pessoas que conheço em uma festa, provavelmente eu me recordo melhor
(a) da sua aparência.
(b) do que eles disseram sobre si mesmas.

36. Quando estou aprendendo um assunto novo, eu prefiro
(a) concentrar-me no assunto, aprendendo o máximo possível.
(b) tentar estabelecer conexões entre o assunto e outros a ele relacionados.

37. Mais provavelmente sou considerado(a)
(a) expansivo(a).
(b) reservado(a).
38. Prefiro disciplinas que enfatizam
(a) material completo (fatos, dados).
(b) material abstrato (conceitos, teorias).
39. Para entretenimento, eu prefiro
(a) assistir televisão.
(b) ler um livro.
40. Alguns professores iniciam suas preleções com resumo do que irão cobrir. Tais resumos são
(a) de alguma utilidade para mim.
(b) muito úteis para mim.
41. A ideia de fazer o trabalho de casa em grupo, com a mesma nota para todos do grupo
(a) me agrada.
(b) não me agrada.
42. Quando estou fazendo cálculos longos
(a) tendo a repetir todos os passos e conferir meu trabalho cuidadosamente.
(b) acho cansativo conferir o meu trabalho e tenho que me esforçar para fazê-lo.
43. Tendo a descrever os lugares onde estive
(a) com facilidade e com bom detalhamento.
(b) com dificuldade e sem detalhamento.
44. Quando estou resolvendo problemas em grupo, mais provavelmente eu
(a) penso nas etapas do processo de solução.
(b) penso nas possíveis consequências, ou sobre a aplicação da solução para uma ampla faixa de áreas.

Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

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

PROJETO DE PESQUISA

Título: Resiliência e aprendizagem de multiprofissionais da saúde.

Área Temática:

Pesquisador: Italo Fernando Minello **Versão:** 2

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa **CAAE:** 01646712.4.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 76964

Data da Relatoria: 16/08/2012

Apresentação do Projeto:

O termo resiliência partiu da física e engenharia, sendo o cientista Thomas Young o primeiro a estudar resiliência referindo-se à ¿propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica (FERREIRA, 1975, p. 1223)A resiliência pode ser vista como uma variação individual em resposta a situações de estresse, que não deve ser interpretada como uma característica fixa do indivíduo, pois se apresenta de acordo com as circunstâncias (YUNES e SZYMANSKI, 2001). De forma mais ampla, a resiliência pode ser
definida como um fenômeno de superação de estresse e adversidades (RUTTER, 1987). O sucesso profissional está condicionado à maneira como os indivíduos lidam com as mudanças e a habilidade em superar as adversidades que caracterizam o contexto das profissões de saúde. No entanto, há eventos diante dos quais os indivíduos não se sentem preparados para lidar, podendo vir a ser um gerador de estresse. O estresse se desenvolve quando há um desequilíbrio entre a avaliação cognitiva que o indivíduo faz sobre a situação adversa e a sua capacidade de atender adequadamente aos estressores vivenciados. Essa discrepância percebida entre as demandas do ambiente e os recursos biológicos, psicológicos e sociais disponíveis para enfrentar o estímulo estressor podem vir a acarretar desajustes na vida do indivíduo, trazendo consequências cognitivas, emocionais e comportamentais, além de prejuízos na aprendizagem. Por outro lado, existem um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo mesmo diante de experiências desfavoráveis, denominado de resiliência. O termo resiliência teve origem a partir de estudos de populações em estado de vulnerabilidade e risco e, atualmente tem ganhado espaço em estudos na área das ciências sociais como um elemento de avaliação do comportamento humano. Em função disso, a presente proposta de pesquisa possui como objetivo analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde, de um Programa de Residência Multiprofissional Integrado da Saúde (PRMIS) de uma Instituição Pública.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar características comportamentais de multiprofissionais da saúde, atuante no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMS);
Identificar estressores da atividade e o comportamento resiliente de multiprofissionais diante deles;
¿ Caracterizar os estilos de aprendizagem dos entrevistados multiprofissionais, que atuam no PRMS;
¿ Identificar e relacionar o nível do comportamento resiliente com os estilos de aprendizagem de multiprofissionais da saúde de um PRMS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a relação risco beneficios está adequada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem mista, ou seja, quantitativa e qualitativa do tipo exploratória desenvolvida com base em um estudo de caso. A população a ser pesquisada na abordagem quantitativa se trata de residentes multiprofissionais do PRMI, os quais serão pesquisados por meio de três escalas: Escala de Estresse no Trabalho de Tamayo e Paschoal (2004); Escala de Resiliência de Job e Job (2003) e, Escala de Estilos de Aprendizagem de Felder e Soloman (1991). A

abordagem qualitativa contemplará os gestores do programa de residência, os quais serão entrevistados por meio da entrevista semiestruturada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar o projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 18 de Agosto de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares