

Lais Santos Silva

**RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UMA
PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Sônia Natal.

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Lais
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UMA
PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO / Lais Silva ;
orientador, SONIA NATAL , 2018 .
153 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Florianópolis, 2018 .

Inclui referências.

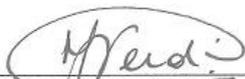
1. Saúde Coletiva. 2. Educação Permanente. 3.
Residências Multiprofissionais em Saúde . I. NATAL
, SONIA . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Lais Santos Silva

"Residências Multiprofissionais em Saúde: Uma proposta de instrumento de avaliação"

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 08 de novembro de 2018.



Prof. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof. Sônia Natal, Dra.
UFSC (Presidente)



Prof. Michelly Laurita Wiese, Dra.
(UFSC)



Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
(UFSC)

Dedico esse trabalho à minha querida
avó Maria.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e por me conceder tantas bênçãos.

A minha família que sempre me incentivou a superar os obstáculos e dificuldades dessa trajetória.

A minha avó Maria que presenciou apenas o início dessa jornada, mas que permanece em todos os instantes comigo.

Ao meu namorado e amigos por me darem paciência, carinho e amor.

A minha orientadora Prof. Dra. Sônia Natal, por ter confiado no meu trabalho e me incentivado sempre que necessário. Obrigada por todo apoio!

Aos meus colegas de turma que dividiram inúmeras incertezas e dificuldades nesses anos.

À Universidade Federal de Santa Catarina por esses oito anos de aprendizados e formação. Sou privilegiada por isso e desejo que todos possam ter a oportunidade de terem uma formação de qualidade como eu tive.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital da Unimed, principalmente à minha supervisora Priscila, por terem compreendido minhas ausências e apoiado a conclusão dessa trajetória. Às minhas queridas colegas que tiveram toda paciência comigo nos percalços desses anos e me deram forças para continuar. Muito obrigada!

A todos os entrevistados dessa pesquisa pela disponibilidade e atenção com que me receberam, e a todos os interlocutores desse processo.

Por fim, palavras não expressam a gratidão que sinto. Obrigada a todos que contribuíram de alguma forma para a finalização desse trabalho.

RESUMO

A Política de Educação Permanente é um importante instrumento que norteia as práticas e as atividades profissionais para que os processos de trabalhos sejam modificados, possibilitando a atuação transformadora e envolvendo os diferentes sujeitos.

Identifica-se, a partir do Sistema Único de Saúde, a necessidade de ordenar os recursos humanos, de modo a garantir que os profissionais realizem o atendimento ao usuário em consonância com os princípios e diretrizes que são propostos.

A Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pela Educação Permanente, sendo que a Residência Multiprofissional em Saúde se insere como uma ação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde, regulamentada em 2005 e é o objeto do presente estudo. Seu objetivo é qualificar e formar profissionais para o atendimento ao SUS, a partir da transformação das práticas de serviço e de aprendizagens significativas, garantindo a integralidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade nos espaços de atuação.

Configura-se como um programa de pós-graduação, na modalidade *lato sensu*, de responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação – a partir da Secretaria de Educação Superior (SESu) – e prioriza a integração ensino-serviço a partir da inserção profissional em áreas prioritárias do SUS. As portarias e legislações apresentadas discorrem acerca das áreas multiprofissionais que compõe o programa, além da estrutura organizacional para sua implantação.

O objetivo da pesquisa foi aplicar um modelo avaliativo para determinar o grau de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde. Esses modelos foram testados em dois pontos de atenção vinculados a Universidade Federal de Santa Catarina, no espaço hospitalar e na atenção básica. Assim, verificou-se o grau de implantação desses dois programas em tais cenários de atuação. Como potencialidades dos programas, a pesquisa evidenciou a organização do Projeto Político Pedagógico, a estruturação dos órgãos de acompanhamento previstos na legislação e a elaboração do processo seletivo. Em contrapartida, a ausência de recursos financeiros para implantação das atividades dos residentes, a baixa inserção dos tutores e preceptores no processo de aprendizagem, poucas iniciativas de capacitações para os atores, além da ausência de avaliação pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde destacam-se como aspectos limitantes do programa.

Palavras-chave: Educação Permanente, Residência, Multiprofissional, Integralidade, Avaliação em Saúde, Estudo de Caso.

ABSTRACT

The Permanent Education Policy is an important instrument that guides the practices and professional activities so that the work processes are modified, enabling the transforming action involving the different subjects.

It is identified, from the Unified Health System, the need to order the human resources, so as to ensure that the professionals perform the service to the user in consonance with the principles and guidelines that are proposed.

The Department of Health Management and Work / Ministry of Health is responsible for Permanent Education, and the Multiprofessional Health Residency is inserted as an action of the Department of Planning and Regulation of Provision of Health Professionals, being regulated in 2005 and is the object of the present study. Its objective is to qualify and train professionals to attend to SUS, through the transformation of service practices and meaningful learning, guaranteeing integrality, multiprofessionality and interdisciplinarity in the spaces of action.

It is configured as a postgraduate program, in the *lato sensu* modality, with joint responsibility of the Ministry of Health - within the scope of DEPREPS - and the Ministry of Education - from the Department of Higher Education (SESu) - and prioritizes the teaching- professional insertion in SUS priority areas. The ordinances and legislation presented discuss the multiprofessional areas that make up the program, as well as the organizational structure for its implementation.

The objective of the research was to elaborate an evaluation model for the Multiprofessional Residency in Health. These models were tested in two points of attention linked to the Federal University of Santa Catarina, being hospital and basic care. Thus, the degree of implementation of the programs in these operating scenarios was verified. As potentialities of the programs, the research evidenced the organization of the Political Pedagogical Project, the structuring of the monitoring bodies provided for in the legislation and the preparation of the selection process. On the other hand, the absence of financial resources to implement the activities of the residents, the low insertion of tutors and preceptors in the learning process, few training initiatives for the actors, besides the absence of evaluation by the National Commission of Multiprofessional Residences in Health, as limiting aspects of the program.

Keywords: Education Permanent, Residence, Multiprofessional, Integrality, Health Assessment, Case Study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das atribuições dos departamentos vinculados a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.....	35
Figura 2 – Linha do tempo do desenvolvimento da Política de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde.....	38
Figura 3 – Projetos e programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.....	41
Figura 4 – Linha do tempo do desenvolvimento e organização da Residência Multiprofissional em Saúde a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.....	46
Figura 5 – Modelo Teórico do programa de Residência Multiprofissional em Saúde.....	58
Figura 6 – Modelo Lógico do programa de Residência Multiprofissional em Saúde.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro com os principais documentos utilizados na análise documental.....	56
Quadro 2 – Matriz de análise e julgamento: dimensão estrutural.....	63
Quadro 3 – Matriz de análise e julgamento: dimensão organizacional..	68
Quadro 4 – Matriz de análise e julgamento: dimensão técnico operacional.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF – Constituição Federal

CIES – Comissão de Integração de Ensino-Serviço

COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissionais em Saúde

CNRMS – Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais e Uniprofissionais em Saúde

DEGERTS – Departamento da Gestão e Regulação do Trabalho

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEPREPS – Departamento de Planejamento e Regulação do Provimento de Profissionais da Saúde

EIP – Educação Interprofissional

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESP-RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FIES – Fundo de Financiamento do Estudante de Ensino Superior

FURB – Universidade Regional de Blumenau

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC – Ministério da Educação

MNNP-SUS – Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NDAE – Núcleo Docente Assistencial Estruturante

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PEEPS – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PET – Programa de Educação para o Trabalho

PI – Portaria Interministerial

PPGSC – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

RH – Recursos Humanos

RIMS – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

SESU – Secretaria de Educação Superior

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região de Chapecó

VERSUS – Vivências e Estágios no Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	21
2. INTRODUÇÃO	23
3. JUSTIFICATIVA	27
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GERAL	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5. REVISÃO DE LITERATURA	31
5.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS	31
5.2 AÇÕES E PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS	37
5.3 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	39
5.3.1 Residência Uniprofissional em Saúde	39
5.3.2 Residência Multiprofissional em Saúde	40
5.4 O ESTADO DE ARTE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	44
6. METODOLOGIA	53
6.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	53
6.2 ANÁLISE DOCUMENTAL	53
6.3 MODELIZAÇÃO DO PROGRAMA	55
6.3.1 Desenvolvimento do Modelo Teórico	55
6.3.2 Modelo Lógico	57
6.3.3. Matriz de análise e julgamento	60
6.3.4. Validação dos modelos e da matriz de análise e julgamento: técnica de consenso – Comitê tradicional	76
6.4 ESTUDO PILOTO	76
6.4.1 Critério de seleção de casos	77
6.4.2 Critérios de Seleção das fontes de informação	77
6.5 COLETA DE DADOS	79
6.6 ANÁLISE DOS DADOS	79
6.7 ASPECTOS ÉTICOS	80
6.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	80
7. RESULTADOS	81
7.1 ARTIGO CIENTÍFICO	81
7.2 ARTIGO CIENTÍFICO	95
8. CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS	129

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	139
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	143
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	145

1. APRESENTAÇÃO

O estudo “Residências Multiprofissionais em Saúde: Uma proposta de instrumento de avaliação” está vinculado à linha de pesquisa de Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A presente pesquisa teve como motivador a experiência anterior da pesquisadora como residente de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS/UFSC nos anos de 2014 e 2015. Durante esse período de experiência na área de concentração Urgência e Emergência pôde-se observar a atuação multiprofissional de todos os profissionais envolvidos na implantação do programa.

Pretende-se que as reflexões apresentadas no decorrer deste relato da pesquisa fomentem e aprofundem o debate sobre o tema, de modo a reafirmar a necessidade de qualificação profissional no âmbito da saúde. Busca-se, ainda, que as conclusões deste trabalho venham a efetivar e fortalecer as ações multiprofissionais já existentes, de modo a garantir os direitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a qualificação e formação dos profissionais vinculados aos espaços de trabalho.

Deste modo, o estudo teve como objetivo aplicar um modelo avaliativo para determinar o grau de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde, observando o programa como um instrumento de formação de profissionais.

O presente texto está estruturado com os seguintes tópicos: Introdução, Justificativa, Objetivos (geral e específicos), Revisão de literatura (dividida em quatro capítulos: Educação Permanente em Saúde – histórico e características, Ações e programas de educação permanente no SUS, Residências em Saúde e O Estado da arte da RMS), Metodologia, Resultados (apresentado em forma de artigo), Conclusão, Referências Bibliográficas e Apêndices (encontram-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o termo de autorização para gravação de voz e o roteiro das entrevistas).

2. INTRODUÇÃO

A implementação do SUS possui como marco legal a promulgação da Constituição Federal em 1988 e posteriormente com as Leis Orgânicas da Saúde em 1990, se constituindo enquanto um avanço significativo em termos de conquistas sociais. A partir das legislações, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e sua promoção dever do Estado, norteado com princípios e diretrizes (BRASIL, 1990).

O SUS possui como princípios a integralidade em saúde, participação social, descentralização das ações, a universalidade de acesso em todos os níveis, igualdade na assistência, a preservação da autonomia, o direito à informação às pessoas sobre sua saúde, divulgação de informações quanto aos serviços que compõe o sistema, a utilização da epidemiologia para critérios de prioridades de ações e recursos (BRASIL, 1990).

A legislação, além de discorrer acerca das diretrizes para organização e funcionamento do SUS, refere necessidade de ações que visam o ordenamento na formação de Recursos Humanos (RH). A execução, formulação e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na área da saúde então é de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Cita-se as Comissões Permanentes de Integração, que possuem como objetivo propor prioridades, métodos e estratégias para a formação dos recursos humanos (BRASIL, 1990).

A partir dessas necessidades apontadas, é criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – regulamentada a partir da Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 e posteriormente revogada com a Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. A referida Política é uma das ações do Pacto pela Saúde¹, que propõe uma série de mudanças institucionais nos três níveis de gestão. Tem por objetivo propiciar a melhoria nas inovações nos processos e instrumentos de gestão, e como consequência, elevar a eficácia e a qualidade dos serviços no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2009).

¹ O Pacto pela Saúde é um dos instrumentos de reformas institucionais do SUS, a partir da pactuação das três esferas de gestão, cada qual com suas responsabilidades alinhadas e definidas. É constituído em três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. (BRASIL, 2006)

Como conceito de Educação Permanente, considera-se o processo de “busca de alternativas para os problemas reais e concretos do trabalho habitual, privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem” (HADADD, 1990, p.136). Configura-se como uma proposta educativa de atuação transformadora da prática profissional, envolvendo diferentes sujeitos – trabalhadores da saúde e usuários do sistema - e conhecimentos, com a finalidade de qualificar as ações na saúde. O que se contrapõe aos princípios metodológicos do conceito de educação continuada, uma vez que o mesmo pressupõe ações de atualização e demandas individuais dos profissionais, por meio de capacitações e treinamentos fragmentados (COTRIM-GUIMARÃES, 2009, p. 15).

Portanto, tem-se optado por adotar o conceito de educação permanente por entender que o processo de trabalho na saúde é coletivo, e não depende exclusivamente de um saber individual do profissional para dar respostas aos problemas de saúde da população. A educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades (...) Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde. (FARAH, 2003, p. 5)

Como objetivos primordiais, visa a participação coletiva no processo de gestão, a efetivação do controle social, a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, bem como o compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento. Evidencia a importância da integração entre ensino da saúde e exercício das ações e serviços, agregando o aprendizado, a reflexão crítica do cotidiano sobre o trabalho e a resolutividade e a promoção de saúde. Tais mudanças se refletem, então, na qualificação da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2007).

Para tanto, considera-se que o processo de ensino e aprendizagem não estão dissociados da prática no âmbito da saúde, mas são complementares e interagem entre si, buscando a articulação entre saberes e possibilitando o desenvolvimento de práticas e capacidades (SONZOGNO et al., 2013).

A partir do elencado na “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, consolidam-se como estratégias de fortalecimento do trabalho e formação em saúde: o projeto de vivências e estágios da realidade do SUS (VER-SUS), a formação docente e a criação das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública, nos âmbitos estaduais (BRASIL, 2004). As Residências Multiprofissionais também são contempladas, a partir da ampliação e regulamentação das Residências em Saúde da Família e das Residências Integradas em Saúde (BRASIL, 2004) como um instrumento de potencialidade pedagógica.

A Residência Multiprofissional em Saúde se caracteriza como uma pós graduação, de modalidade *lato-sensu*², com a proposta de formação em serviço. O programa é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, criado a partir da promulgação da Lei nº11.129 de 2005.

A proposta da atuação vinculada ao cotidiano de trabalho possui como objetivo a transformação dos processos – práticas profissionais e organização do trabalho. Ou seja, se configura como uma ação e processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, que possibilita mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população.

Pela importância do tema, visto a mudança de paradigma da atenção em saúde nos últimos anos, possibilitando a inserção de profissionais de diferentes áreas nos serviços de saúde e na assistência ao usuário considerou-se aplicar um modelo avaliativo para determinar o grau de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde, sendo o objetivo da presente pesquisa. Paralelamente, visualiza-se a necessidade de ordenar os recursos humanos do sistema, para que os profissionais realizem os atendimentos de forma qualificada aos usuários a partir das diretrizes e princípios do SUS.

² Conforme aponta Olschowsky (2001), no Brasil há duas modalidades de pós graduação: o “*stricto-sensu*” (composto por mestrado e doutorado) e o modelo *lato-sensu* (destinado a formação de profissionais, sendo formado por especialização, aperfeiçoamento e residência).

3. JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa possuiu como tema norteador a Educação Permanente em Saúde e como objeto de estudo as Residências Multiprofissionais em Saúde, consideradas como instrumentos de formação profissional para o SUS.

Também o conceito ampliado de saúde, concebido a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma interação entre o bem-estar físico, psicológico e social do sujeito, juntamente com os determinantes sociais referenciados pelo SUS, se reflete no cotidiano de acesso a serviços essenciais de saúde por parte da população usuária, visto que rompem com o conceito de saúde como “ausência de doenças” e caminham para a perspectiva de atendimento integral ao sujeito, de forma multiprofissional.

Diante de tais considerações, pressupõe-se que a atuação interdisciplinar e multiprofissional, a partir da formação e ordenamento dos recursos humanos da saúde, permeie o atendimento integral ao usuário, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A integração entre o ensino e aprendizagem nos espaços de atuação profissional em saúde possibilita que as necessidades dos usuários sejam apreendidas, tornando-se a diretriz da qualificação dos profissionais. Ainda, com a interação entre os diferentes profissionais, a Residência Multiprofissional possibilita a superação da fragmentação das áreas, resultando na atuação de equipes multiprofissionais (CLOSS, 2010, p. 12).

Considera-se, então, a Residência Multiprofissional em Saúde como um instrumento da educação permanente, visto que objetiva as transformações das práticas em saúde e visa a articulação contínua entre ensino e serviço, buscando a consolidação do conceito ampliado de saúde e dos determinantes sociais a partir da atuação multiprofissional e interdisciplinar (SANTOS, 2010). Refere-se que a modalidade do programa para a formação projeta as atividades para as transformações das práticas de serviço e aprendizagens significativas, buscando a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade (PEDUZZI, 2009).

Desse modo, o estudo desenvolvido buscou responder a seguinte pergunta avaliativa: Como o grau de implantação do programa interfere na consolidação dos seus objetivos?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Aplicar um modelo avaliativo para determinar o grau de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar o modelo de avaliação com Modelo Lógico, Teórico e Matriz de Análise e Julgamento.
- Analisar os pressupostos essenciais que permeiam o programa de RMS.
- Identificar, a partir do Estudo de Avaliabilidade, a possibilidade de avaliação do programa.
- Testar o modelo de avaliação nos pontos de atenção.
- Determinar o Grau de Implantação do programa nos pontos de atenção selecionados.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS

As mudanças históricas e sociais, principalmente ocorridas após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pressupõem mudanças de paradigmas e atuação dos profissionais em saúde. Se, nos séculos XIX e XX, a educação em saúde era direcionada para o processo de saúde-doença na lógica biologista, principalmente a partir de práticas sanitárias, de controle populacional e recuperação dos trabalhadores, na década de 70 e como largo teórico a Constituição Federal de 1988 se visualiza o campo amplo dos determinantes sociais (ALMEIDA, 2009).

Com a implantação do SUS, e tomando como premissa fundamental a concepção de integralidade da saúde, prevista também na Constituição, o trabalho em equipe e a gestão participativa, passaram a ser prerrogativas de um bom funcionamento do sistema. Nesse contexto, a educação/formação dos trabalhadores são componentes fundamentais para a construção das mudanças almeçadas e da qualidade dos serviços prestados à população. (MAIA, 2014)

Anteriormente a Constituição Federal, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1984 refere a educação permanente como um conceito de processo educativo, de educação “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (COTRIM-GUIMARÃES, 2009). Tal necessidade surgiu decorrente da desvinculação contínua do trabalho com os problemas sociais emergentes.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, de grande importância para a consolidação da proposta do Sistema Único de Saúde, traz no seu bojo de discussões a adoção de políticas de formação em recursos humanos e em educação em saúde. Como consequência, há também em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, tendo como tema a política de recursos humanos para a reforma sanitária. Sua organização pautou-se em cinco eixos temáticos (valorização do profissional, preparação de recursos humanos, estratégias de integração intersetoriais, organização dos trabalhadores e relação entre trabalhador e usuário) (ARAÚJO, 2011).

Conforme apontado por Lopes et al (2007), a conferência possibilitou a proposta de um “processo contínuo de ensino-aprendizagem, propondo que o processo educativo deveria começar e terminar na sociedade”. Assim, a reorganização dos serviços de saúde passa a ser pensada paralelamente com a política de educação permanente, buscando uma nova perspectiva de processos de trabalho dos profissionais (ARAÚJO, 2011).

A partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde em 1988, há uma nova concepção das ações em saúde, com tentativas de produzir a atenção integral dos usuários de acordo com suas necessidades e garantia de acesso à toda população. Para tanto, se faz necessário o ordenamento e preparação dos profissionais para atenderem as demandas e refletirem acerca do processo de trabalho nos seus espaços de atuação, garantindo uma prática profissional crítica e em consonância com os princípios do SUS (GOLDENBERG, SARAVALLE, 2013).

Diante desse contexto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS) é criada no âmbito do Ministério da Saúde e possui como eixo norteador de suas atividades a ordenação da formação do SUS e a educação permanente dos trabalhadores. É estruturada com três departamentos: DEGERTS (Departamento da Gestão e Regulação do Trabalho), DEPREPS (Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de profissionais da Saúde) e DEGES (Departamento de Gestão da Educação na Saúde).

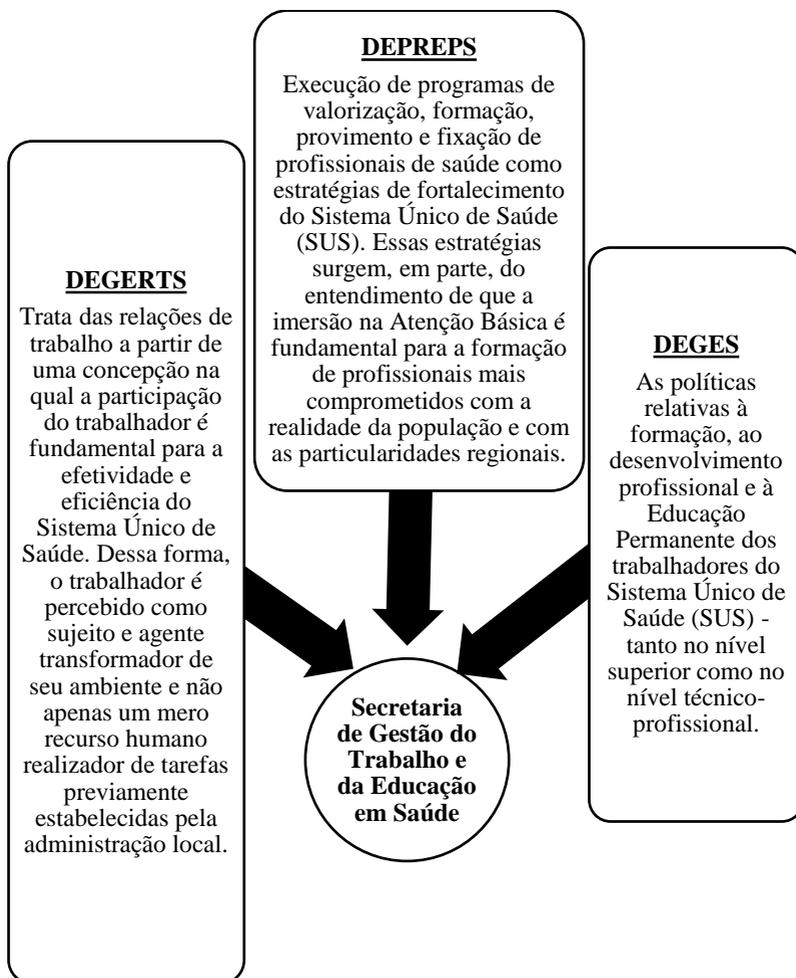


Figura 1 – Fluxograma das atribuições dos departamentos vinculados à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Fonte: PORTAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 04 de abril de 2017.

Ainda em 2003, a SGTES/MS apresenta a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos da educação permanente em Saúde”, aprovada também na instância do Conselho Nacional de Saúde. Em 2004 é instaurada a Política de Educação Permanente (Portaria Interministerial 198/2004 – posteriormente 1.996/2007). Essa atualização se deu após a efetivação do Pacto pela Saúde, em 2006. Assim, como política pública nacional, busca a consolidação da Reforma Sanitária, a integralidade da atenção à saúde e ordenação da formação de recursos humanos.

Como prática de ensino-aprendizagem, a EPS se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. Como política de educação na saúde, a EPS contribui para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo adotada como política pública nacional no Brasil desde o ano de 2004. (COTRIM-GUIMARÃES, 2009, p.6)

A política dispõe sobre as novas diretrizes e estratégias de implementação da política, que tem como finalidades a transformação das práticas institucionais, e a melhoria da qualidade de atenção em saúde e dos processos de trabalho. Como objetivos, propõe a produção de atuações interdisciplinares, de modo a articular a atenção, gestão, educação e formação (BRASIL, 2007).

A Política de Educação Permanente em Saúde se caracteriza, portanto, pela negociação e aprovação a partir de debates públicos; pela aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação (já que a formação de profissionais é pauta deste último) e pela interposição de uma nova instância no SUS. E principalmente, a característica que confere originalidade à política de EPS é o fato de priorizar a educação dos profissionais da saúde como atividade fim, e não atividade meio. (COTRIM-GUIMARÃES, 2009, p.9).

Os Colegiados de Gestão Regional são atores desse processo, formados por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de

uma região e representantes dos gestores estaduais. Cabe a tal ator a responsabilidade de formular o Plano de Regional de Educação Permanente em Saúde, que busca respeitar as diversidades e necessidades regionais, sendo construídos por diferentes sujeitos. A partir da análise dos referidos planos, é elaborado o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) que discorre acerca das orientações das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS nos estados, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população (SANTA CATARINA, 2010).

Ambos os documentos devem ser coerentes com os Planos de Saúde³ nas instâncias estaduais e municipais. Desse modo, é prioridade instituir os processos de planejamento regional com definição de prioridades para a Educação Permanente em Saúde.

As Comissões de Integração de Ensino e Serviço (CIES), também atores da Política Nacional de Educação Permanente, são instâncias responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento de tal política. São compostas por gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, podendo contar com gestores municipais e estaduais da educação, além de representantes dos trabalhadores do SUS, dos conselhos municipais de saúde e das instituições de ensino. Se configura como importante instrumento de mudança e construção coletiva dos atores (BRASIL, 2007).

³ Os planos de saúde são instrumentos de gestão do SUS que possuem como finalidade o processo de planejamento de cada esfera de governo por quatro anos. É composto por diagnósticos, estratégias, metas e prioridades, sendo homologados pelos respectivos conselhos de saúde (BRASIL, 2002).

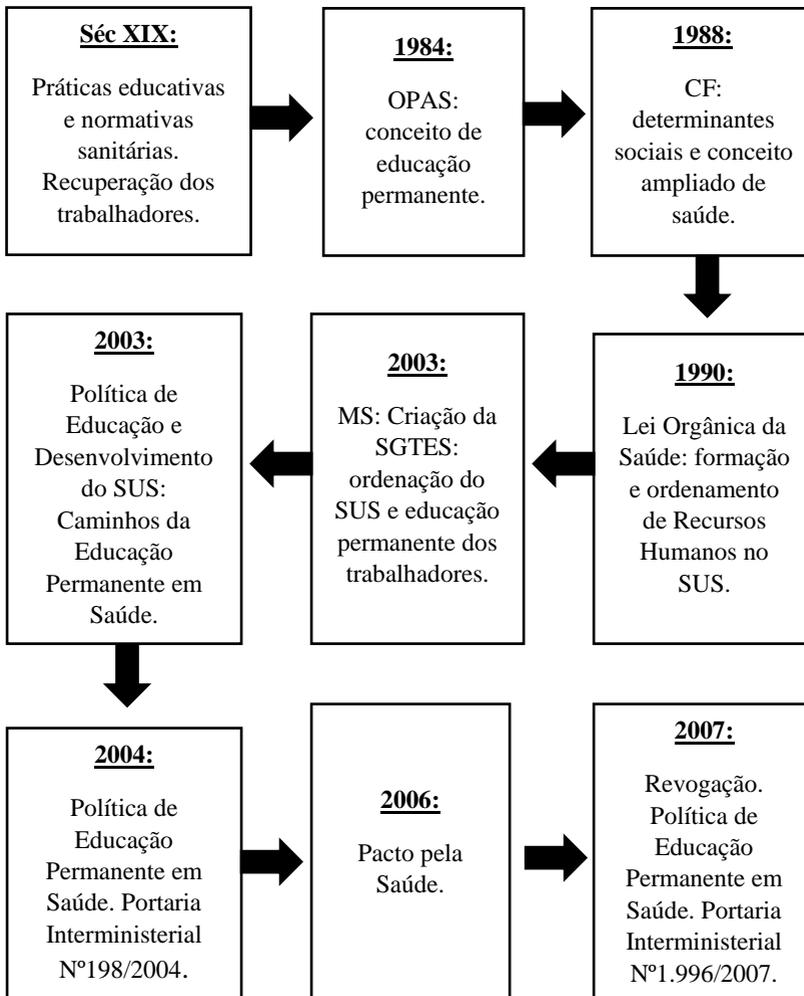


Figura 2 – Linha do tempo do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS.

5.2 AÇÕES E PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS

As ações e programas de Educação Permanente, organizadas pela SGTES e norteadas pela Política de Educação Permanente são divididas em três eixos, de acordo com a finalidade de cada programa (PORTAL DA SAÚDE, 2017).

Na Gestão do Trabalho, observa-se a consolidação de três programas: o InovaSUS, criado com o objetivo de incentivar e premiar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS (SGTES, 2015); o PVAS, direcionado a Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates e Endemias; e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP/SUS). Este último resulta em um fórum paritário e permanente de negociação das diferentes instancias: gestores públicos, prestadores de serviço privado, entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores de saúde, objetivando a democratização das relações de trabalho no SUS (SGTES, 2017).

No eixo de provimento de profissionais, visualiza-se o projeto Mais Médicos, regulamentado pela Lei Nº12.871/2013, tendo como objetivo a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, a fim de diminuir a ausência de médicos em algumas regiões no país e ampliar a inserção médica nas unidades de atendimento (BRASIL, 2013). O Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica, instituído pela Portaria Nº2.087/2001, atua na inserção de profissionais e atuação multiprofissional no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001). Por fim, há as Residências em Saúde, formalizadas a partir de 2005 e orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades locais e regionais (SGTES, 2017).

No que concerne a Gestão em Educação, há um conjunto maior de programas, sendo compostos por:

- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde: regulamentado pela Portaria Nº421/2010, objetiva a educação pelo trabalho, sendo um instrumento de qualificação para os profissionais e de iniciação ao trabalho para estudantes da graduação e pós-graduação. Desenvolve atividades acadêmicas e busca fomentar a articulação entre serviço-ensino-comunidade na área da saúde (BRASIL, 2010).

- Programa de Formação de Profissionais de nível médio para a Saúde – PROFAPS: busca qualificar e habilitar trabalhadores em cursos de educação profissional, a fim de qualificar a atenção. Tem como áreas de atuação: técnico em radiologia, em biodiagnóstico, manutenção de equipamentos, higiene dental, prótese dentária e em enfermagem (SGTES, 2017).

- Telessaúde: O programa prevê a cobertura e o acompanhamento das necessidades educacionais dos profissionais e trabalhadores do SUS, oferecendo tele-consultoria, tele-educação, telediagnóstico e segunda opinião formativa (SGTES, 2017).

- Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: visa a reorientação da formação de profissionais da saúde a partir da mudança curricular em três eixos: orientação técnica, cenários de prática e orientação pedagógica, sendo uma articulação entre o Ministério da Saúde (por meio da SGTES), a Secretaria de Educação Superior (SESU), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e Ministério da Educação (MEC) (SGTES, 2017).

- Revalidação de Diplomas Médicos – Revalida: Institui o exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por universidades estrangeiras, a fim de verificar a aquisição de conhecimentos para o exercício profissional, sendo implantado pelo INEP (BRASIL, 2011).

- Universidade Aberta do SUS – UNASUS: criada em 2010 pelo Ministério da Saúde, busca atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atendam no SUS. São ofertados cursos gratuitos e a distância para facilitar o acesso dos profissionais, tendo enfoque prático e dinâmico (SGTES, 2017).

- Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior – FIES/MED: regulamentado pela Lei Nº12.202/2010, cria possibilidade de financiamento aos estudantes em cursos superiores não gratuitos.

- Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VERSUS: o projeto ocorre desde 2002 sob responsabilidade do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida. Oferta campos de estágios e vivências, concebendo-os como instrumentos importantes para a aprendizagem no

cotidiano, além de estimular a formação para trabalhadores no SUS e o debate acerca da realidade brasileira. (SGTES, 2017).

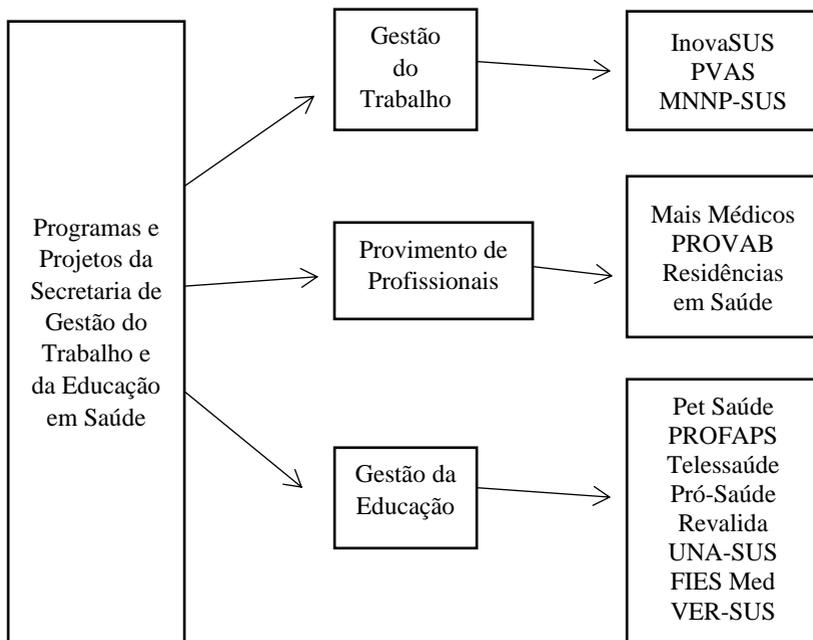


Figura 3 – Projetos e programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Fonte: PORTAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 11 de abril de 2017.

5.3 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

5.3.1 Residência Uniprofissional em Saúde

Enquanto modalidade de ensino, a residência em saúde teve como precursor a área da medicina, sendo considerada um complemento e aperfeiçoamento do exercício da profissão (NASCIMENTO, et al,

2006). Conforme apontado por Ferreira (2007), as primeiras residências médicas no Brasil são criadas em 1945 em São Paulo, sendo consolidadas posteriormente em 1960 em todo território e tendo como pressupostos o treinamento de habilidades técnicas nas instituições hospitalares, voltadas principalmente aos recém-formados da profissão.

Teve sua legalização a partir de 1970, com o Decreto Nº80.281, que regulamenta a Residência Médica como modalidade de pós-graduação, apenas para médicos formados. Em 1977 cria-se a Comissão Nacional de Residência Médica, cujas atribuições permeavam o âmbito da regulamentação e avaliação dos cursos criados.

Na década de 1960, surgem as Residências em Enfermagem, sem possuir legislação formal, mas partindo do modelo das Residências Médicas, buscando a capacitação técnica dos profissionais com foco nas necessidades hospitalares. Apenas em 1996, com formulação do Anteprojeto de Lei Nº2.264/1996, cria-se a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem. Em 2001 há a aprovação do Conselho Nacional de Enfermagem da Resolução Nº259/2001, que regulamenta as residências da profissão e garante o título de especialista aos residentes egressos (FERREIRA, 2007).

5.3.2 Residência Multiprofissional em Saúde

A primeira Residência Integrada Multiprofissional em Saúde é datada de 1977, com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul ESP-RS, quando o programa se constitui de enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários. É considerada uma inovação por possibilitar a visão ampliada da saúde e na valorização das equipes multiprofissionais (CECCIM; ARMANI, 2001).

Ainda de acordo com Ceccim e Armani (2001), as residências tiveram suas atividades encerradas no início da década de 1990, decorrente da crise econômica enfrentada pelo país. São retomadas a partir de 1999, com o Programa de Aperfeiçoamento Especializado atrelado com as Residências Médicas, com caráter multiprofissional.

As Residências Multiprofissionais em Saúde são propostas pela DEGES em 2003 – após a criação em 2002 de 19 residências em saúde da família - como projeto nacional e instrumento de ação e atividades no que se refere ao eixo de ações e atividades da portaria do ano de 2004. Visa a integração entre ensino, ações, serviços e controle social, além da

qualificação das práticas em saúde, de modo a construir um espaço de metodologias ativas e voltadas a educação permanente dos profissionais envolvidos, sem minimizar as particularidades de cada profissão (BRASIL, 2006b). Sua implantação é responsabilidade conjunta entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação (BRASIL, 2005).

A cooperação técnica entre os dois ministérios refere-se a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, de modo a possibilitar o exercício da mudança das práticas em saúde (BRASIL, 2006b). O Ministério da Saúde, como gestor, cria portarias que discorrem acerca do financiamento e subsídio para residentes multiprofissionais. No âmbito do Ministério da Educação, as atividades que compõe o programa são de atribuições da Coordenação Geral das Residências em Saúde, que está inserida na Diretoria do Desenvolvimento da Educação em Saúde na Secretaria de Educação Superior (SESu).

As diferentes profissões que integram o programa⁴ são referidas a partir da Portaria Interministerial Nº2.117 em 2005 pelo Ministério da Saúde e Ministério de Educação. As áreas que abrangem a atuação multiprofissional são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005b).

Ressalta-se a ordenação de algumas características prioritárias da Residência como sendo uma pós-graduação, na modalidade *lato sensu* (em nível de especialização), prevendo a educação em serviço com a inserção dos profissionais em áreas prioritárias do SUS, de dedicação exclusiva e supervisão docente-assistencial. É orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades locais e regionais, a fim de capacitar os profissionais para a atuação no âmbito da saúde e para a implantação e/ou reorganização dos serviços públicos (BRASIL, 2005).

Os atores envolvidos no programa são residentes (profissionais em formação), preceptores (profissionais que atuam inseridos no local de trabalho e responsáveis pela supervisão assistencial do residente) e tutores (exercem papel de orientadores acadêmicos de referência de preceptores e residentes) (BRASIL, 2012). O objetivo de formação coletiva, inserida nos espaços de trabalho em articulação com diversos campos e profissionais da saúde, não deixa de priorizar e ressaltar as atuações e

⁴ A Medicina não é contemplada uma vez que a Residência Médica já possui regulamentação própria desde 1977, a partir da Lei Nº80.281.

núcleos específicos de cada profissional. Assim, a articulação entre os saberes tem como finalidade a interdisciplinaridade, garantindo a integralidade em saúde dos usuários (BRASIL, 2006b).

Como marco legal, enumera-se a Lei nº11.129/2005, que regulamenta a Residência em Área profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). A CNRMS é composta por membros do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, residentes, coordenadores do programa, pelas associações de ensino, conselhos profissionais e entidades sindicais. Suas atribuições perpassam os processos de regulação, avaliação e supervisão, além do estabelecimento de normas comuns aos programas – duração, carga horária, currículos - entre as diferentes modalidades implantadas (BRASIL, 2005).

Ainda em 2005 é realizado do 1º Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, articulado entre o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais (BRASIL, 2006).

O Seminário teve como objetivo estimular e debater reflexões acerca da implantação das residências multiprofissionais, com a vinculação de diversas instituições e representantes, além de coordenadores e residentes. Como consequência, são criados os Fóruns de Coordenadores de Residência, em espaços regionais, com ampla participação dos envolvidos. Os eixos norteadores do seminário foram:

1. Estratégias para a construção da multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade.
2. Construção de diretrizes nacionais para as residências multiprofissionais em saúde.
3. Composição da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais (CRMS).
4. Criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em saúde. (BRASIL, 2006)

Ressalta-se que, a partir da criação da CNRMS e a promulgação da PI Nº1.077 de 12 de novembro de 2009 – alterada em alguns pontos pela PI Nº1.124 em 2012 - são organizadas resoluções específicas para a

estrutura organizacional e desenvolvimento de ações do programa. Salienta-se:

- Resolução Nº 3 – 17 de fevereiro de 2011: prevê licença maternidade e paternidade para os residentes, além de dispor acerca de óbitos de familiares, férias e afastamentos/trancamentos.
- Resolução Nº 2 – 13 de abril de 2012: institui as diretrizes para os Projetos Pedagógicos e as atribuições dos diferentes atores – coordenadores de programa, tutor, preceptor e residente. Ainda institui o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE).
- Resolução Nº3 – 16 de abril de 2012: informa das datas de início do programa, dos casos de necessidade de preenchimento de vagas e desistências.
- Resolução Nº5 – 07 de novembro de 2014: refere a distribuição da carga horária do programa, sendo 80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de teóricas. Os temas abordados nas atividades devem contemplar áreas afins e singularidades de cada profissão. Enumera também a avaliação dos residentes, a partir de instrumento validado na Instituição.
- Resolução Nº6 – 13 de novembro de 2014: composição do banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Resolução Nº7 – 13 de novembro de 2014: Refere acerca da avaliação, supervisão e regulação dos programas, além dos critérios de credenciamento das instituições.

As Portarias Nº 1.111/2005 e Nº754/2012 informam das normas para a implantação e execução do Programa de Bolsas para a Educação no Trabalho. Tal programa se configura como um instrumento para a viabilização de programas de aperfeiçoamento profissional e especialização em serviço aos profissionais e estudantes da área da saúde, possibilitando a contribuição para a formação (BRASIL, 2005c). Abrange bolsas para acadêmicos (iniciação para o trabalho), para profissionais (na

modalidade de educação em serviço) e para o corpo docente envolvido na orientação dos estudantes (BRASIL, 2012).

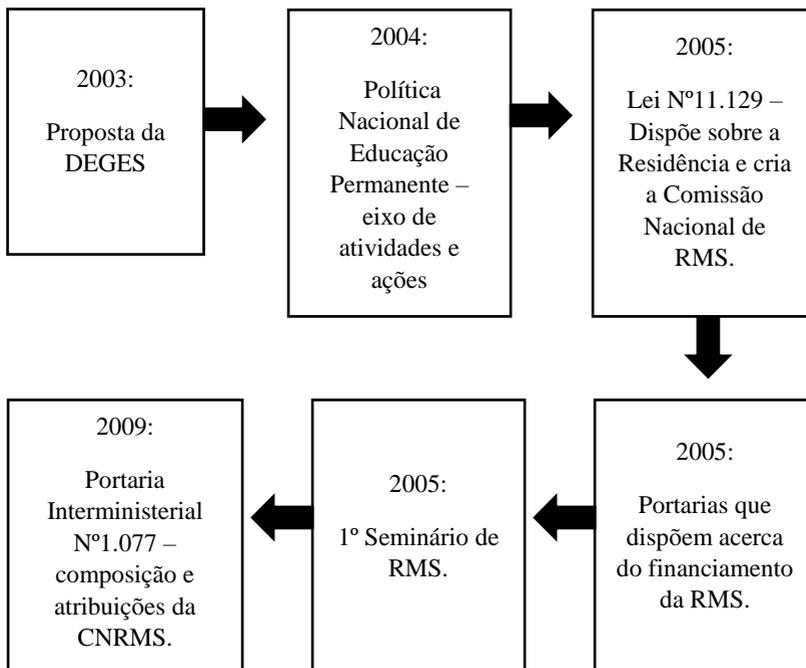


Figura 4: Linha do tempo do desenvolvimento e organização da Residência Multiprofissional em Saúde a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, em 2003. Elaborado pela autora.

5.4 O ESTADO DE ARTE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Autores consideram que os modelos educacionais atuais são fragmentados e focalizam a formação especializada, uniprofissional, curativista e individual, sem interações entre as diferentes áreas e profissões e inadequadas para as demandas de saúde atuais (AUTÔNOMO, 2013). Tais fatos geram dificuldades dos graduandos, formados e profissionais atuantes na rede de serviços em compreender as

especificidades e responsabilidades inerentes a cada núcleo profissional (NETO et al., 2015; BEZERRA et al., 2016).

Apesar das experiências anteriores, é a partir do Movimento de Reforma Sanitária e a implementação do SUS que se evidencia a demanda de um reordenamento na área de formação profissional (FROSSARD; SILVA, 2016). Tal demanda se dá principalmente pela nova configuração da atenção em saúde e de equipes multiprofissionais (ALVES et al., 2016).

Ceccim (2003) considera que a formação profissional para o SUS deve ser norteada por práticas educacionais e pedagógicas entre os campos de saber a partir de uma política de educação para a saúde. Desse modo, o alinhamento entre a formação de profissionais com as necessidades vigentes do sistema de saúde brasileiro poderá contribuir para a consolidação das políticas públicas de saúde e possibilitar a integralidade na assistência (KAISER; SERBIM, 2009).

Ao encontro dessa perspectiva, Silva et al. (2014) referem a importância da Educação Permanente em Saúde, como uma alternativa de superação das práticas fragmentadas e distantes das necessidades dos usuários, vinculada aos processos de trabalho nesse setor. Busca a mudança do modelo assistencial hegemônico e aponta a valorização de todos os profissionais e o diálogo entre os diferentes sujeitos, incorporando ações integradas. A partir da reflexão sobre as práticas nos serviços, há a transformação para compreender as necessidades do usuário, gestão e ensino e novas práticas de ensino e aprendizagem.

A educação permanente pauta-se na criação de instrumentos que motivem os processos educativos com trabalhadores, gestores, usuários de serviço e instituições de ensino. Como consequência, compreende-se que o papel da residência não se baseia apenas na formação do residente inscrito, mas envolve a reflexão crítica do processo de trabalho nos diferentes âmbitos dos serviços (SANTOS, 2010). Uma das justificativas para a implantação de programas de formação para alunos da pós-graduação – especialmente na categoria não médica – é a inserção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento com pouca valorização na sua capacitação profissional (ROSA; LOPES, 2016).

Vinculada diretamente com o processo de trabalho e valorização das práticas e ações de diferentes sujeitos, a educação permanente pressupõe que não há hierarquia entre educadores e educandos. O diálogo é instrumento primordial, além da incorporação dos diferentes

conhecimentos. Como objetivos, visualiza-se a produção de novas práticas de saúde de modo a refletirem diretamente no SUS, a partir do enfoque interdisciplinar na construção de saberes ampliados (SILVA; LEITE; PINNO, 2014).

As práticas conjuntas possibilitam, segundo a explanação de Neto et al. (2015) o aperfeiçoamento das habilidades profissionais, a gerência de casos de modo integral e a melhoria na qualidade de saúde dos usuários a partir da produção de práticas e competências compartilhadas. Assim, se faz necessário o debate nos âmbitos do SUS e das IES para revisitarem seus processos e práticas pedagógicas, de modo a possibilitar uma crítica efetiva ao modelo fragmentado e biomédico ainda existente nas instituições formadoras (BEZERRA et al., 2016).

Nesse contexto, emergem conceitos de suma importância para o entendimento do tema. A *multiprofissionalidade* é a presença de profissionais de diferentes áreas que dividem o mesmo local de trabalho, que podem ocasionar na interdisciplinaridade (SCHMITZ, 2006). A *interdisciplinaridade* é compreendida por Scherer et al. (2013) como um instrumento crítico do saber e interação de saberes e práticas no processo de aquisição de conhecimento. Santos et al. (2016) acrescentam que a atuação interdisciplinar compreende a interação entre várias especialidades com conhecimentos e qualificações distintas, superando os limites impostos. Bones et al. (2015) complementa que a interdisciplinaridade realiza a interpenetração nas diferentes áreas gerando o diálogo, com vistas a reorganizar a prática. Isso é, a partir de cada olhar, com a compreensão ampliada do usuário, se pensa coletivamente na tomada de decisão com finalidade de fortalecer o diálogo e a promoção de saúde, como também a resolutividade do sistema. Apenas Schmitz (2006) abarca o conceito de *transdisciplinaridade*, como a aquisição de saberes, experiência e valores a partir das especificidades de cada elemento.

Araújo et al. (2016) apontam a significativa ascensão do termo *Educação Interprofissional* (EIP), que propicia o desenvolvimento do trabalho coletivo, de forma que estudantes e profissionais aprendem conjuntamente com seus pares e com outras áreas do conhecimento. Casanova et al. (2015) cita que a EIP contribui para a atuação integrada em equipe, visando a colaboração entre profissionais e integralidade no cuidado de saúde e extinguindo a competição e fragmentação dos saberes. Neto et al. (2015) ainda refere a prática da Educação Interprofissional

como ferramenta para o aperfeiçoamento da formação e das práticas de saúde por meio da atuação das equipes compostas por diferentes profissionais.

A ausência de profissionais com qualificação e formação adequada para atender aos usuários e as necessidades do SUS se configuram como um importante desafio para a melhoria na qualidade dos serviços e para a efetividade e consolidação do sistema de saúde (DIAS et al., 2016). Diante de tal realidade e buscando reordenar os recursos humanos e a interação entre profissionais vislumbrando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Educação juntamente com o Ministério da Saúde organizam iniciativas para o desenvolvimento de políticas articuladas, sendo a residência multiprofissional uma possibilidade de capacitação profissional e trabalho em equipe (DEMARCO, 2011). O local de trabalho então é reconhecido como um eixo fundamental na produção de conhecimento e visualiza-se a necessidade de ações menos fragmentados e em consonância com as necessidades dos sujeitos (OLIVEIRA et al., 2013).

A partir das políticas promulgadas, é proposta uma nova forma de produção de conhecimento, educação e trabalho para os profissionais, de modo descentralizado e englobando diferentes saberes. A problematização da realidade será articulada com a construção de práticas de saúde voltadas para a promoção da assistência integral e de qualidade dos usuários do SUS (SILVA et al., 2016). A formação de profissionais qualificados para as diversas atividades que englobam as dimensões da pesquisa e da assistência apresenta-se como uma importante ferramenta para a efetivação constitucional do SUS. O desenvolvimento dos profissionais e a ampliação dos conhecimentos científicos e tecnológicos refletem na qualidade dos serviços prestados aos usuários (AVELLAR, 2013).

A Residência Multiprofissional em Saúde é visualizada como um espaço para o avanço da educação permanente e facilitador para o desenvolvimento de novos profissionais (VASCONCELOS et al., 2015). Como espaço de formação direcionado ao trabalho interdisciplinar e aos princípios do SUS, possibilita a aproximação de saberes de todos os sujeitos envolvidos. A partir dessa interação, os profissionais de saúde poderiam assumir um importante espaço no desenvolvimento e formulação das políticas públicas (AUTÔNOMO, 2013).

Além do programa da Residência Multiprofissional em Saúde, que possui diferentes desenhos de acordo com as necessidades e configurações regionais, cita-se o Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde). Segundo Demarco (2011), a introdução de novos cenários de ensino pode resultar em uma mudança no perfil dos profissionais de saúde, o que repercute nas práticas de saúde e na efetivação do conceito ampliado de saúde.

O programa é considerado uma das principais iniciativas de formação profissional, uma vez que sua construção contempla as diretrizes e princípios do SUS a partir da aproximação entre trabalho e formação, fortalecendo a relação entre ensino-serviço e favorecendo ações aproximadas a concepção de integralidade (BEZERRA et al., 2016). Sua implantação é de suma importância visto a necessidade de repensar os processos de trabalho, relacionando a educação com as novas demandas de saúde da população (MELO et al., 2014). Também propicia a inclusão qualificada de novos profissionais de saúde ao mercado de trabalho, uma vez que prevê a capacidade de intervenção dos profissionais no decorrer do programa (SILVEIRA, 2011).

Organiza-se como uma modalidade de treinamento em serviço, que promove a aprendizagem pela prática cotidiana e a aproximação com a realidade local do Sistema Único de Saúde. As diversas configurações e desenhos são visualizadas pelas diferentes necessidades regionais dos estados brasileiros. Sua implantação tem consequências na assistência, no ensino e na pesquisa, tendo como foco os processos de trabalho (VASCONCELOS et al., 2015).

Sua proposta possibilita ao profissional inserido uma aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais, que são fundamentais para seu desenvolvimento. Busca uma formação crítica e reflexiva de forma integral e interdisciplinar – rompendo com o paradoxo entre biológico e social, reconhecendo o usuário com suas múltiplas necessidades e aumentando a resolutividade. Tais pressupostos se efetivam com a construção coletiva e aquisição de conhecimento e melhoria do cuidado em saúde (MELO et al., 2014).

Considera-se que a Residência possui papel fundamental na formação profissional, visto que alinha a teoria com a prática, além de diferentes saberes e atuações em prol do atendimento integral ao usuário e considerando os serviços como espaços privilegiados na prática de saúde (AUTONÔMO, 2013). Visa favorecer a atenção e o cuidado

coletivo, de modo a transformar a realidade e diminuir as desigualdades sociais, tendo a atuação voltada a partir de princípios de integralidade, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, além de pautadas no conceito ampliado de saúde, na rede de cuidados e na educação permanente em saúde (OLIVEIRA et al., 2013).

As Residências Multiprofissionais configuram-se como um importante passo para a política de formação de recursos humanos, principalmente quando propõe uma ruptura na hegemonia da formação superior com tal modalidade, que era de exclusividade da área médica (LOPES; ALVES, 2016). O programa ainda possibilita, a partir da inserção de diferentes áreas do conhecimento, a compreensão de que o usuário está inserido em redes, estruturas e formas de pensamento distintas, garantindo sua individualidade de demandas. Seu sofrimento, apreensões e angústias devem ser olhadas para além do campo biológico, a fim de garantir a interdisciplinaridade e integralidade do atendimento (OLIVEIRA et al., 2013).

Os autores Lima e Santos (2012) destacam que o programa visa consolidar as políticas de reordenação de recursos humanos para a saúde, culminando na articulação concreta entre serviços de saúde e espaços acadêmicos. Como consequência da sua implantação e da inserção de alunos/residentes nos serviços de saúde, os processos e práticas de trabalho dos atores envolvidos – preceptores e residentes - são questionados e repensados, visando o cuidado mais qualificado ao usuário. Fernandes et al. (2015) afirma que a interação entre residentes possibilita ações para a integralidade, além da reinvenção diária dos serviços. A partir da inserção dos residentes, os trabalhadores de saúde passam por uma análise e questionamento contínuos das suas práticas, o que se considera alicerce do processo de aprendizagem (DIAS et al., 2016).

As particularidades e diferentes demandas dos espaços em que estão inseridos os programas fazem parte da reflexão apresentada por Silva et al. (2014). A atuação hospitalar prevê uma intervenção imediata e melhores recursos para a assistência, porém, ainda apresenta sua atuação de forma fragmentada e individualizada, focando na condição aguda do problema do usuário. No que concerne a atenção básica, traz sua atuação de forma abrangente e mais dinâmica, possibilitando uma ampliação da atuação e concebendo um olhar no contexto, social com familiares e comunidade, gerando um acompanhamento contínuo ao usuário. Porém,

ressaltam que a ausência de recursos necessários são fatores desgastantes no processo de trabalho.

Pesquisas realizadas apontam que a maior parte dos profissionais ingressos no programa são formados há pouco tempo (SILVEIRA, 2011) e tem como objetivo primordial a necessidade de qualificação, reconhecendo que ao término do programa tiveram melhorias nas suas atuações e aumento de conhecimento (DEMARCO, 2011). Rosa e Lopes (2016) expõem que os residentes referem que na graduação o debate acerca do cunho histórico da saúde foi desvalorizado, tendo ênfase as matérias de conhecimentos específicos da profissão, o que gerou uma desarticulação entre o ambiente acadêmico e a realidade dos serviços locais de saúde.

Conforme apontam Neto et al. (2015), os desafios encontrados perpassam a dificuldade de parcerias entre instituições de ensino e rede de saúde e a reduzida interação entre residentes, tutores, preceptores – que muitas vezes não possuem perfil adequado para função nem disponibilidade de carga horária. Nesse sentido, é destacado por Melo et al. (2014) a pouca percepção do preceptor acerca de seu papel educativo, gerando impactos na supervisão e avaliação dos residentes, bem como nos processos de trabalho que estão inseridos. A alta rotatividade de preceptores nos municípios decorrente de demissões ou deslocamento de equipes é apontado por Fiorano e Guarnieri (2015) como uma característica que prejudica as ações desenvolvidas para e pelos residentes. A grande resistência da equipe de saúde ora decorrente da falta de conhecimento dos pressupostos do programa pela ausência da interdisciplinaridade na formação acadêmica, ora pela realidade de precarização e desvalorização profissional também se configuram como uma das limitações ao programa (ROSA; LOPES, 2016). Scherer et al. (2013) referem que a fragilidade dos núcleos profissionais e sentimentos individuais como desvalorização do seu próprio trabalho, dificuldades pessoais, imaturidade, medo e timidez dos residentes também interferem diretamente na sua atuação nos espaços de saúde.

Bezerra et al. (2016) e Vasconcelos et al. (2015) consideram que a superação das limitações decorrentes da formação primária dos profissionais, principalmente nos cursos de graduação é um dos desafios a serem superados, visto que reproduzem uma visão fracionada do indivíduo e interferem diretamente nas práticas de saúde e no processo pedagógico proposto pelo programa. Ao encontro das autoras, Cheade et

al. (2013) enumera ainda como dificuldades a interação com a equipe médica, visto que possuem uma proposta de residência própria e uniprofissional.

Sanches et al. (2016) enumera a Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos residentes. Tal síndrome se caracteriza como uma resposta as condições de estresse que os profissionais estão inseridos, que repercutem no âmbito individual, profissional, familiar e social. Na saúde, tem como fatores as más condições para o atendimento aos usuários, a baixa remuneração, desvalorização profissional e elevada carga horária (GUIDO et al., 2012).

Frossard e Silva (2016) trazem aspectos como a excessiva carga horária dos residentes, o número insuficiente de profissionais para acompanharem as atividades do programa e as dificuldades dos serviços, limitantes no processo de implantação do projeto político da residência e consequentemente do processo de formação dos residentes.

Foi observada, a partir da atuação dos residentes, uma piora gradativa ao longo dos dois anos de duração do curso, com alterações no nível de estresse e exaustão emocional. Tais alterações são causadas pelo medo de cometer erros, cobranças e responsabilidades excessivas impostas pelos serviços e profissionais, carga horária extensa e jornadas integrais com poucas pausas para descanso e refeições. Com a proximidade do término da residência, a necessidade de uma nova inserção no mercado de trabalho potencializa os sintomas (SANCHES et al., 2016). A pesquisa realizada por Goulart et al. (2012) ainda aponta que grande parte dos residentes não realiza atividades físicas, seu convívio familiar é interrompido ou postergado por conta da carga horária excessiva e grande parte já cogitou a desistência do programa em algum momento do seu curso.

Na visão dos trabalhadores, os residentes representam um apoio na prestação do cuidado a partir da inserção de profissionais de diferentes especialidades e novas práticas, como troca de conhecimento e discussões de caso. Com a implantação da residência, os trabalhadores apontam a ampliação da relação entre teoria-prática e a modificação do agir do profissional, sendo uma contribuição aos serviços de saúde (DOMINGOS et al., 2015).

Rosa e Lopes (2016) explicitam dois paradoxos do programa. Se, por um lado, é um incentivador para as políticas de formação de recursos humanos e uma estratégia de implantação do SUS, pode ser visto também

como um instrumento de precarização de trabalho na lógica neoliberal. Uma vez que os residentes possuem remuneração menor que os trabalhadores, não possuem plano de carreira, além de serem mais um dos atores envolvidos na disputa de espaço e serviço com outros profissionais.

6. METODOLOGIA

6.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

A pesquisa é caracterizada como um Estudo de Avaliabilidade, a partir das etapas apontadas por Trevisan, Thurston e Ramaliu (Trevisan, 2015; Thurston; Ramaliu, 2005). Foram iniciados a partir da análise documental e revisão bibliográfica (a fim de compreender e identificar as metas, objetivos e atividades que compõe o programa), elaboração dos modelos teórico e lógico, seleção de casos, identificação dos informantes chave (*stakeholders*). Além das etapas propostas pelos autores, foi elaborada também a Matriz de Análise e Julgamento com as categorias, modo de verificação, critérios/ indicadores e parâmetro para o julgamento.

Esses modelos e a matriz foram validados em uma Oficina de Consenso com a participação de representantes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde vinculados ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), a atenção básica do município de Florianópolis e da Pós-Graduação de Saúde Pública da UFSC. Os modelos foram encaminhados por meio eletrônico para os participantes apreciarem e após a devolutiva foi realizada a análise das contribuições. Após essa validação, os instrumentos foram testados nos estudos pilotos selecionados.

A pesquisa, adotando caráter exploratório, auxiliará para uma maior aproximação e compreensão da realidade e dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde, buscando a construção de um saber empírico acerca do proposto da pesquisa.

6.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Para a análise documental e revisão bibliográfica do programa foram utilizadas legislações, portarias e resoluções que direcionam os objetivos, funcionamento e atividades que compõe as Residências Multiprofissionais em Saúde. Tais materiais foram analisados com profundidade para que fossem extraídas informações importantes relativas ao objeto de estudo.

DOCUMENTOS	CONTEÚDO
Constituição Federal – 1988	Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde
Lei Nº8080 – 1990	Ordenamento de Recursos Humanos no SUS
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – 2004/2007	Propõe mudanças institucionais a fim de inovar os processos de gestão e aumentar a qualidade dos serviços de saúde
Lei nº11.129 de 2005	Caracterização e diretrizes das Residências Multiprofissionais em Saúde
Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários de formação	Apresenta as vivências de diferentes atores – tutores, preceptores e residentes do programa.
Portal da Saúde – Ministério da Saúde	Apresenta as atribuições da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde e seus departamentos.
Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina – 2011 -2015	Apresenta os dados referente as ações de Educação Permanente no estado.
Resolução Nº 2 – 13 de abril de 2012	Institui as diretrizes para os Projetos Pedagógicos e as atribuições dos diferentes atores – coordenadores de programa, tutor, preceptor e residente. Ainda institui o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE).
Resolução Nº5 – 07 de novembro de 2014	Refere a distribuição da carga horária do programa.
Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino e serviço – dissertação de mestrado	Analisa as atribuições da Residência Multiprofissional em Saúde numa dada Instituição.

Quadro 1 – Quadro com os principais documentos utilizados na análise documental.

6.3 MODELIZAÇÃO DO PROGRAMA

O desenvolvimento dos modelos ilustrados a seguir (figuras 5 e 6) foram realizados em duas etapas: a primeira, apresentada na pesquisa, com a modelização a partir da teoria e achados bibliográficos. A segunda foi realizada a partir de entrevistas com profissionais a fim de validar os modelos, bem como a matriz de julgamento, e posteriormente submetê-los a técnica de consenso.

6.3.1 Desenvolvimento do Modelo Teórico

O modelo teórico apresenta, embasado no referencial utilizado na revisão bibliográfica (documentos oficiais e artigos científicos), a Educação Permanente e Residência Multiprofissional em Saúde. Apresenta-se o contexto em que tal programa está inserido, abarcando as principais legislações e marcos históricos que resultam na sua implantação.

O contexto do objeto de estudo é permeado pela criação do Sistema Único de Saúde, que prevê o ordenamento aos profissionais de saúde. Sua criação e formulação, além de outros objetivos, pretende romper com a atenção e ações fragmentadas em saúde para com atendimento aos pacientes, como também com formação profissional individualizada, tendo em vista a dificuldade de cursos de graduação em terem interações e reconhecerem as atribuições das diferentes áreas de conhecimento.

Apresenta-se, também, a interação observada entre os Ministérios responsáveis – Ministério da Saúde e da Educação e Cultura – com as Instituições de Ensino Superior, e que resultam nos pontos de atuação do programa (atenção básica e serviços hospitalares). Essa interação constitui as Residências em Saúde – uniprofissionais e multiprofissionais – que possuem como objetivo central a formação profissional associando a teoria com a prática. Porém, evidencia-se o objetivo central do programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que busca a formação de Profissionais qualificados para atuação multiprofissional e interdisciplinar no Sistema Único de Saúde na perspectiva do conceito ampliado de saúde.



**ATENÇÃO E AÇÕES EM SAÚDE FRAGMENTADAS
FORMAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUALIZADA**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

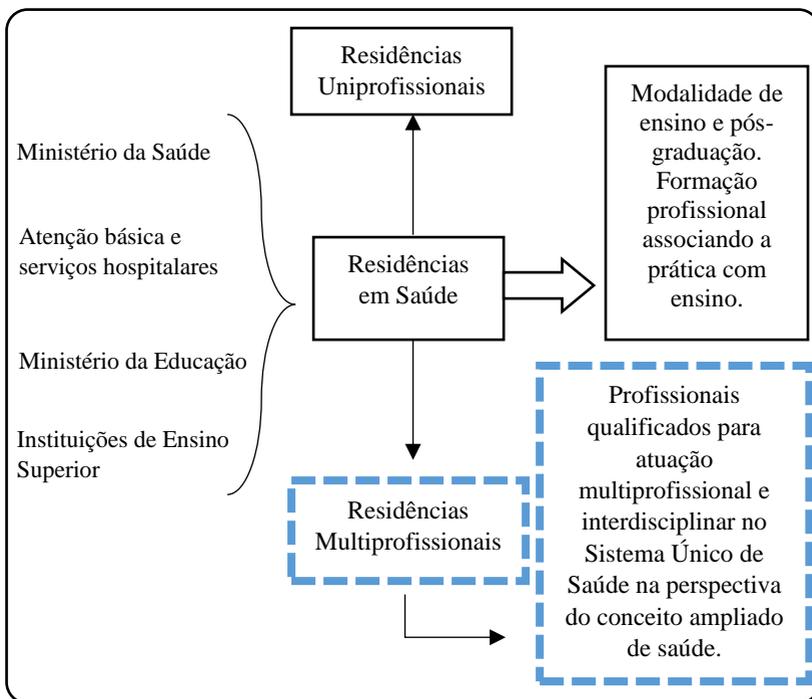


Figura 5: Modelo teórico do programa de Residências Multiprofissionais em Saúde.

6.3.2 Modelo Lógico

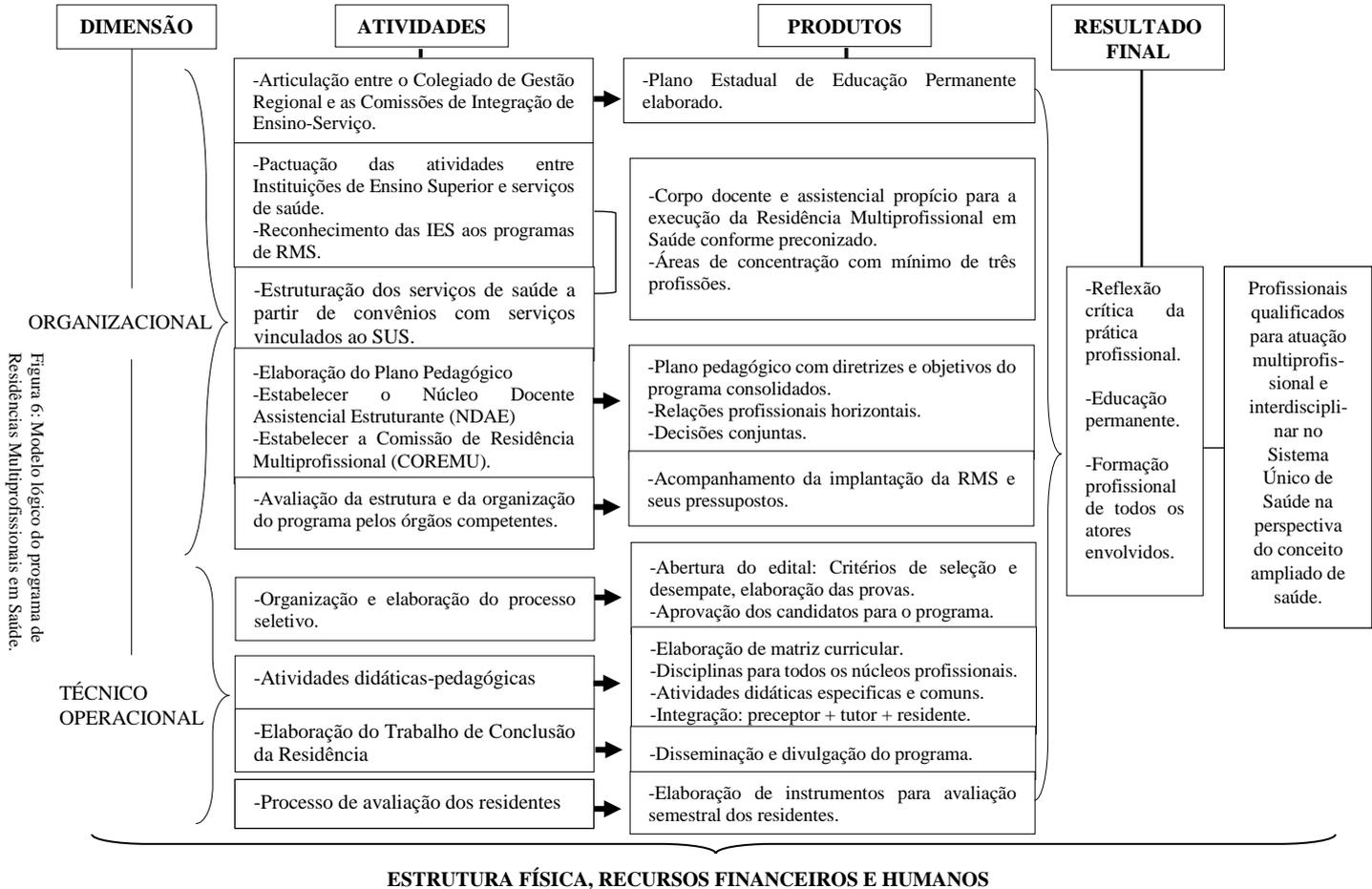
O modelo lógico tem como objetivo a descrição da intervenção apresentando os seus componentes, objetivos, atividades e efeitos com a intenção de demonstrar seu funcionamento.

O desenvolvimento do modelo lógico do programa de Residências Multiprofissionais se efetivou a partir da leitura prévia de legislações e documentos que discutem e regulamentam o objeto, a partir das suas atividades, produtos e resultados esperados. Dentre eles, cita-se:

- Lei nº11.129/2005: regulamentação da Residência em Área profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS).
- Portaria Nº 1.111/2005 e Nº754/2012: informa acerca das normas para a implantação e execução do Programa de Bolsas para a Educação no Trabalho.
- Resolução Nº 2 – 13 de abril de 2012: institui as diretrizes para os Projetos Pedagógicos e as atribuições dos diferentes atores – coordenadores de programa, tutor, preceptor e residente. Ainda institui o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE).
- Resolução Nº5 – 07 de novembro de 2014: refere a distribuição da carga horária do programa, sendo 80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de teóricas. Os temas abordados nas atividades devem contemplar áreas afins e singularidades de cada profissão. Enumera também a avaliação dos residentes, a partir de instrumento validado na Instituição.
- Resolução Nº7 – 13 de novembro de 2014: Refere acerca da avaliação, supervisão e regulação dos programas, além dos critérios de credenciamento das instituições.

O conjunto de atividades previstas pelo programa foi agrupado a partir de duas dimensões: 1) Organizacional – estabelece as atividades correspondentes ao programa, sua organização de funcionamento e

logística; e 2) Técnico Operacional - agregam as atividades relacionadas com ensino e serviço.



6.3.3. Matriz de análise e julgamento

A Matriz de Análise e Julgamento foi construída a partir do Modelo Lógico e seu objetivo é definir a priori as categorias de análise, indicando os tipos de coleta e fontes de evidência. Nesta Matriz podemos também identificar como será feito o julgamento da intervenção.

Está composta a partir das dimensões elencadas no Modelo Lógico, e contempla as três dimensões- estrutural, organizacional e técnico-operacional – e suas categorias, sendo estabelecidas para cada uma a pontuação máxima de 70.

A dimensão estrutural tem a finalidade de reconhecer a estrutura física, financeira e de recursos humanos do programa. Na dimensão organizacional, estabelece as atividades correspondentes ao programa, sua organização de funcionamento e logística. Como dimensão técnico-operacional, entende-se como o conjunto de atividades relacionadas ao serviço-ensino.

Dimensão Estrutural: A dimensão estrutural tem como objetivo reconhecer as estruturas físicas, de recursos financeiros e humanos que perpassam o funcionamento do programa conforme seus objetivos.

Quadro 2 – Matriz de análise e julgamento: dimensão estrutural

Σ Pontuação máxima da categoria = 70

CATEGORIA	MODO DE VERIFICAÇÃO	CRITÉRIO/ INDICADOR	PARÂMETRO
Instalações e espaços adequados para as atividades dos sujeitos envolvidos no programa. Σ critério/ indicador máximo = 15	-Entrevista com coordenadores, preceptores, tutores e residentes para averiguar as condições e disponibilidade de espaços.	1. O Programa possui um local denominado Secretaria, com profissional disponível para atender os profissionais.	Programa possui secretaria com profissional = 5 Programa possui secretaria com bolsista = 2
		2. Há espaços disponíveis para ministrar aulas e demais atividades teóricas para os residentes.	Há espaços físicos disponíveis na Instituição = 5 Há espaços físicos disponíveis com limitações de uso = 2
		3. O programa disponibiliza locais para momentos de estudos, reuniões e integração dos residentes.	Local atende as necessidades dos residentes = 5
Definição Categoria	Disponibilidade de locais adequados para a organização e funcionamento do programa, desde secretaria até salas de aula e/ou auditórios para atividades teóricas.		

Financiamento para bolsas e funcionamento do programa. Σ critério/ indicador máximo = 15	-Análise documental dos editais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para ampliação e/ou criação dos programas. -Entrevistas com coordenadores, preceptores, tutores e residentes acerca da execução do recurso.	1. Programa recebe financiamento direto para bolsas.	Programa recebe financiamento = 5
		2. No último ano teve edital para ampliação de vagas: <ul style="list-style-type: none"> • Instituição se inscreveu para ampliação de vagas. • Instituição se inscreveu com êxito. • Instituição se inscreveu sem êxito. • Instituição não se inscreveu. 	Não houve edital = 0 Se inscreveu com êxito = 5 Se inscreveu sem êxito = 2 Não se inscreveu = 0
		3. No último ano teve edital para ampliação de projetos para cobrir necessidades acadêmicas dos residentes: <ul style="list-style-type: none"> • Instituição inscreveu projetos. • Instituição inscreveu e foi contemplada. 	Não houve edital = 0 Se inscreveu com êxito = 5 Se inscreveu sem êxito = 2 Não se inscreveu = 0

		<ul style="list-style-type: none"> • Instituição inscreveu mas não foi contemplada. • Instituição não se inscreveu. 	
Definição Categoria	Conformidade com o Programa de Bolsas para Educação no Trabalho, citado nas portarias Nº11.111/2005 e Nº754/2012. O Programa prevê a viabilização de bolsas para aperfeiçoamento profissional e especialização em serviço, para profissionais e estudantes da área da saúde.		
Corpo assistencial – preceptores – estruturado para acompanhamento dos residentes no serviço. ∑ critério/ indicador máximo = 20	-Entrevistas para analisar o perfil profissional dos preceptores	1. Possui experiência prévia como residente.	Experiência como residente e/ou multiprofissional = 10
		2. Possui experiência em atuação multiprofissional.	
		3. Participa das capacitações ofertadas pela Instituição acerca da residência.	Capacitações da Instituição = 5
		4. Participa anualmente das capacitações ofertadas pelo Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação acerca da residência.	Capacitações do MS/MEC = 5

<p>Definição Categoria</p>	<p>A partir do proposto pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (Resolução Nº2 de 13 de abril de 2012), o preceptor é responsável pela supervisão direta das atividades práticas dos residentes engajados nos cenários de prática. Deve ser exercida pelo profissional da mesma área que o residente, tendo formação mínima como especialista.</p>		
<p>Corpo docente – tutores – para o acompanhamento acadêmico dos residentes.</p> <p>Σ critério/ indicador máximo = 20</p>	<p>- Entrevista para analisar o perfil acadêmico/profissional dos tutores.</p>	<p>1. Possui experiência profissional como residente e/ou em locais com integração de mais de três profissões.</p>	<p>Experiência como residente e/ou multiprofissional = 4</p>
		<p>2. Participa do planejamento das atividades do residente juntamente com os serviços.</p>	<p>Participa do planejamento das atividades com o serviço = 4</p>
		<p>3. Possui mais de dois residentes sob sua supervisão.</p>	<p>Um residente = 4 Dois residentes = 2 Três residentes ou mais = 1</p>
		<p>4. Participa das capacitações ofertadas pela Instituição acerca da residência.</p>	<p>Capacitações da Instituição = 4</p>
		<p>5. Participa anualmente das capacitações ofertadas</p>	<p>Capacitações do MS/MEC = 4</p>

		<p> pelo Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação acerca da residência. </p>	
<p> Definição Categoria </p>	<p> A Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (Resolução Nº2 de 13 de abril de 2012) prevê que o tutor desempenhe atividades de orientação acadêmica aos residentes e preceptores, sendo exercida por profissionais com titulação mínima de mestre e experiência profissional por, pelo menos, três anos. O tutor de núcleo é vinculado a mesma categoria profissional do residente, e o tutor de campo é responsável pela integração dos núcleos de práticas de diferentes profissões. </p>		

Dimensão Organizacional – estabelece as atividades correspondentes ao programa, sua organização de funcionamento e logística.

Quadro 3 – Matriz de análise e julgamento: dimensão organizacional.

∑ Pontuação máxima da categoria = 70

CATEGORIA	MODO DE VERIFICAÇÃO	CRITÉRIO/ INDICADOR	PARÂMETRO
Articulação com os planos de Educação Permanente em Saúde estaduais e regionais. ∑ critério/ indicador máximo = 8	-Análise documental dos Planos Estaduais de Educação Permanente -Entrevista com gestor da área de educação permanente.	1. Os programas das RMS são citados no Plano Estadual, mas sem detalhamento das atividades e pactuações.	Não citados = 0 Citados sem especificação = 1 Citados com especificação = 4
		2. Os programas das RMS são citados no Plano Estadual com detalhamento das atividades e pactuações.	
		3. Composição no Colegiado e/ou Comissões Permanentes, garantindo a participação das partes interessadas.	Não participação = 0 Composição no Colegiado e/ou Comissões = 2 Participação das reuniões = 4
Definição Categoria	O Plano Estadual de Educação Permanente, desenvolvido pelos Colegiados de Gestão Regional, discorre acerca da orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS. Há também as Comissões		

	Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que tem como finalidade a formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente.		
Pactuação das atividades entre as Instituições de Ensino e serviços de saúde. Σ critério/ indicador máximo = 12	-Análise documental do Plano Pedagógico do programa. -Entrevistas com coordenadores e tutores vinculados às IES.	1. O programa é desenvolvido em parceria com IES.	Desenvolvidos com IES = Sim (4) / Não (0)
		2. As atividades são propostas em conjunto entre serviços de saúde e IES.	Atividades em conjunto = Sim (4) / Não (0)
		3. Os tutores são vinculados às IES.	Tutores vinculados às IES = Sim (4) / Não (0)
Definição Categoria	A integração entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde possibilitam o exercício das práticas em saúde (BRASIL, 2006), a partir das necessidades locais-regionais.		
Estruturação dos órgãos do programa NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) e COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional). Σ critério/ indicador máximo = 8	-Observação participante nesses espaços. -Entrevistas com representantes (preceptores, tutores e residentes) e coordenação.	1. Qual a periodicidade das reuniões dos órgãos.	Reuniões ocorrem com cronograma pré definido = Sim (2) / Não (0)
		2. Há a participação de representantes de tutores, residentes, preceptores e coordenação.	Participação de representantes todos os atores = Sim (2) / Não (0)
		3. As decisões são tomadas de maneira conjunta entre tais representantes	Decisões são tomadas em consenso em reuniões com garantia de paridade entre os

para cada um dos órgãos			participantes = Sim (2)/ Não (0)
Definição Categoria	O NDAE tem como responsabilidade acompanhar a execução do Plano Pedagógico e assessoria a coordenação no processo de planejamento, implantação e acompanhamento das atividades. É uma instância deliberativa e contando com representantes discentes, tutores, preceptores e coordenação do programa. A COREMU é o órgão componente da residência multiprofissional composta por representantes dos diversos atores envolvidos, com caráter informativo e deliberativo.		
Reconhecimento das Instituições de Ensino Superior aos programas de RMS. Σ critério/ indicador máximo = 9	-Entrevistas com tutores.	1. Instituições de Ensino Superior disponibilizam tutores para a construção do programa.	Tutores são vinculados às IES = Sim (3) / Não (0)
2. Há a disponibilidade de horas na carga horária do tutor para a atuação na RMS.		A RMS é contemplada na carga horária do tutor: Sim = 3 Sim, mas de forma insuficiente = 1 Não = 0	
3. Há a divulgação nos espaços da IES da RMS como uma das atividades		Existe divulgação da IES aos alunos sobre o programa = Sim (3) / Não (0)	

		proporcionadas aos alunos.	
Definição Categoria	As Instituições de ensino devem ofertar tutores para a composição do programa, além de atuar em parceria com os serviços de saúde para construírem juntos um espaço de metodologias ativas e voltadas para a educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2005).		
Projeto Político Pedagógico do programa construído e formalizado. ∑ critério/ indicador máximo = 15	-Análise documental dos planos pedagógicos. -Entrevistas com tutor, preceptor e residentes para a aplicação do plano pedagógico.	1. Há disponibilização do Projeto Político Pedagógico aos envolvidos.	O Projeto Político Pedagógico são acessíveis e consultados por todos os envolvidos = Sim (3) / Não (0)
		2. É feita a apresentação do Projeto Político Pedagógico no ingresso do residente/tutor e preceptor.	No ingresso dos participantes há a apresentação do Projeto Político Pedagógico = Sim (3) / Não (0)
		3. O Projeto Político Pedagógico contempla claramente as diretrizes, funcionamento e objetivos do programa.	Projeto Político Pedagógico é explicativo em relação ao programa = Sim (3) / Não (0)
		4. Considera que o plano é executado integralmente.	O Projeto Político Pedagógico é executado integralmente = Sim (3) / Não (0)

		5. O Projeto Político Pedagógico é revisto periodicamente a partir da necessidade dos atores.	O Projeto Político Pedagógico é revisto = Sim (3) / Não = (0)
Definição Categoria	A Resolução Nº2 de 13 de abril de 2012 dispõe que o Plano Pedagógico deve contemplar atividades conjuntas entre todos os residentes, eixos para cada área de concentração, como também para cada núcleo profissional, buscando garantir a atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.		
Avaliação da estrutura e da organização do programa pelos órgãos competentes. Σ critério/ indicador máximo = 10	-Entrevistas com coordenadores.	1. O programa é reconhecido e aprovado pelo MEC.	Programa tem reconhecimento e aprovação pelo MEC = Sim (3) / Não (0)
		2. Já houve avaliação do programa pela CNRMS.	Houve avaliação = Sim (3) / Não (0)
		3. O programa conta com metodologia de autoavaliação pelos atores envolvidos anualmente.	Realiza autoavaliação = Sim (4) / Não (0)
Definição Categoria	A avaliação do programa de RMS constitui-se como uma das funções da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), juntamente com os processos de credenciamento, regulação e supervisão do funcionamento do programa (BRASIL, 2005).		

Dimensão Técnico Operacional: agregam as atividades relacionadas com ensino e serviço.

Quadro 4 – Matriz de análise e julgamento: dimensão técnico operacional.

∑ Pontuação máxima da categoria = 70

CATEGORIA	MODO DE VERIFICAÇÃO	CRITÉRIO/ INDICADOR	PARÂMETRO
Organização e elaboração do Processo Seletivo. ∑ critério/ indicador máximo = 16	-Entrevista com coordenador. -Análise dos editais disponíveis para ingresso de residentes dos últimos cinco anos (2014, 2015, 2016, 2017 e 2018).	1. Os critérios de seleção são previamente discutidos e firmados pelos órgãos do programa.	São discutidos e formalizados = Sim (4) / Não (0)
		2. Edital contempla os critérios de seleção que serão adotados (provas, currículos, entrevistas).	Processo Seletivo contempla todos os critérios = Sim (4) / Não (0)
		3. Edital contempla o número de vagas e áreas de concentração.	Processo Seletivo informa acerca das vagas e áreas de concentração = Sim (4) / Não (0)
		4. Edital contempla os critérios de desempate entre os candidatos.	Processo Seletivo dispõe sobre desempate = Sim (4) / Não (0)
Definição Categoria	O Processo Seletivo para ingresso deve constar todas as informações pertinentes a inserção dos residentes no		

	programa, sendo formulados a partir do consenso entre seus atores.		
Organização e distribuição das atividades didáticas pedagógicas e suas respectivas cargas horárias. Σ critério/ indicador máximo = 18	-Entrevistas com preceptores, residentes, tutores e coordenadores. -Análise documental das ementas das disciplinas ofertadas.	1. Cumprimento da matriz curricular a partir da carga horária exigida.	Matriz curricular é cumprida conforme preconizado de carga horária = Sim (3) / Não (0)
		2. Há disciplinas ofertadas comuns para todos os núcleos profissionais (eixo transversal).	Disciplinas comuns = Sim (3) / Não (0)
		3. Há atividades didáticas comuns para todos os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes.	Há integração nas atividades comuns para todos os núcleos, com residentes, tutores e preceptores. = Sim (3) / Não (0)
		4. Há atividades didáticas comuns para as áreas de concentração envolvendo preceptores, tutores e residentes.	Há integração nas atividades comuns para as áreas de concentração, com residentes, tutores e preceptores. = Sim (3) / Não (0)
		5. Há atividades didáticas específicas	Há integração nas atividades específicas para as profissões,

		para os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes.	com residentes, tutores e preceptores. Sim = 3 Sim, mas insuficientes = 1 Não = 0
		6. Há a inserção de professores/ tutores dos diferentes departamentos para ministrar os conteúdos.	As aulas são ministradas por mais de três professores de diferentes departamentos = Sim (3) / Não (0)
Definição Categoria	Conforme preconizado, a matriz curricular deve contemplar atividades afins para todas as áreas, mas também articular atividades para cada uma das profissões, respeitando suas especificidades, com a participação de residentes, preceptores e tutores.		
Matriz Curricular contemplando os conteúdos teóricos, práticos e teórico-práticos. ∑ critério/ indicador máximo = 12	-Análise documental da matriz curricular do programa. -Entrevista com residentes.	1. A matriz curricular obedece aos critérios de distribuição da carga horária.	Carga horária conforme preconizado = Sim (4) / Não (0)
		2. Os conteúdos estão contemplados e apresentados na matriz curricular.	Conteúdos estão claramente apresentados na matriz curricular = Sim (4) / Não (0)
		3. Os residentes possuem acesso a matriz curricular do programa.	A matriz curricular é de fácil acesso aos residentes Sim e está atualizada = 4 Sim e está desatualizada = 2 Não = 0
Definição categoria	A matriz curricular deve obedecer a Resolução N°5 de 07 de novembro de 2014, que refere a distribuição da carga		

	horária do programa composta por 80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de teóricas. Além de estabelecer que os temas abordados nas atividades devem contemplar áreas afins e singularidades de cada profissão.		
Processo de avaliação dos residentes Σ critério/ indicador máximo = 12	-Entrevistas com preceptores, residentes e tutores. -Análise documental do instrumento avaliativo.	1. Avaliação realizada semestralmente com a presença de preceptores, tutores e residentes.	Avaliação ocorre semestralmente = Sim (2) / Não (0)
		2. O instrumento utilizado é formalizado e aprovado pelos atores e órgãos envolvidos no programa.	Instrumento formalizado e aprovado = Sim (2) / Não (0)
		3. Contempla a avaliação do residente para com o preceptor.	Avaliação do preceptor = Sim (2) / Não (0)
		4. Contempla a avaliação do residente para com o tutor.	Avaliação do tutor = Sim (2) / Não (0)
		5. Contempla a avaliação do residente para com o serviço.	Avaliação do serviço = Sim (2) / Não (0)
		6. Contempla a avaliação do residente para com o programa.	Avaliação do programa = Sim (2) / Não (0)

Definição Categoria	O Programa é responsável pela formatação dos instrumentos utilizados para a avaliação do processo de aprendizagem dos residentes.		
Elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência como instrumento de disseminação dos conhecimentos e divulgação do programa. ∑ critério/ indicador máximo = 12	-Entrevista com residentes e tutores.	1. Há divulgação em revistas/ internet dos TCRs.	Há divulgação = Sim (4) / Não (0)
		2. O modelo atual de forma de Trabalho de Conclusão de Residência permite a disseminação do programa.	Há disseminação do programa com os TCRs = Sim (4) / Não (0)
		3. O programa possui banco de dados para a divulgação dos trabalhos realizados, de modo que os residentes atuais tem acesso aos TCR anteriores.	Possui banco de dados = Sim (4) / Não (0)
Definição categoria	A elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso é um dos critérios para que o residente conclua a especialização, podendo ser considerado um instrumento de divulgação do programa e disseminação dos conhecimentos apreendidos durante o período.		

6.3.4. Validação dos modelos e da matriz de análise e julgamento: técnica de consenso – Comitê tradicional

Após a construção dos modelos e da matriz de análise e julgamento, foi realizada a oficina de consenso – na modalidade de Comitê tradicional. A oficina de consenso tem por objetivo inserir diferentes atores na construção do conhecimento, possibilitando a criação coletiva dos resultados. Como técnica, foi adotado o comitê tradicional, que se configura como uma discussão acerca do tema com especialistas selecionados previamente. Por contemplar diferentes especialistas, considera-se que a técnica resulta em um debate rico de opiniões – sejam elas similares ou convergentes (SOUZA et al., 2005).

Foram convidados especialistas na área de avaliação de programas e da área de Educação Permanente, isso é, representantes dos pontos de atenção e das instituições de ensino vinculados ao programa de Residências Multiprofissionais em Saúde.

Foi realizada em duas etapas: na primeira etapa enviou-se o resumo da pesquisa, Modelos e Matriz de Análise Julgamento por meios eletrônicos. Após a devolução dos especialistas o resultado foi consolidado e os dissensos apresentados e discutido em uma Oficina Presencial, na UFSC. Compareceram nove convidados, dentre eles: uma preceptora, uma tutora e duas residentes (uma do primeiro ano e uma do segundo ano) vinculadas ao Hospital Universitário; duas mestrandas (egressas do programa de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família), uma doutoranda e duas professoras doutoras, todas inseridas no Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Antes da Oficina foi explicado a pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como objetivos e justificativa da pesquisa.

6.4 ESTUDO PILOTO

Após as validações, realizou-se o teste da matriz de julgamento, considerada o instrumento para avaliação das Residências Multiprofissionais em Saúde. Desse modo, foi aplicado um estudo de caso único com duas unidades de análise vinculados a Universidade Federal de Santa Catarina: hospitalar e atenção básica. Abaixo, os critérios de seleção do caso.

6.4.1 Critério de seleção de casos

Segundo o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina dos anos de 2011-2015, disponível pelo site da Secretaria de Estado da Saúde, no estado há programas de Residências Multiprofissionais sendo desenvolvidos por quatro universidades. Dentre elas, a Universidade Regional de Blumenau (FURB), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) e na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) (SANTA CATARINA, 2010). Em 2015 inicia-se o programa na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Os programas com sede no município de Florianópolis são direcionados à atenção básica de saúde (vinculados a UDESC e UFSC) e atenção hospitalar (apenas na UFSC).

Para delimitação dos locais de pesquisa, estabeleceu-se como critérios: a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde há, pelo menos, cinco anos e a prestação de serviços vinculados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde e que estivessem vinculadas a uma única Instituição de Ensino Superior com dois pontos de atenção distintos. Portanto selecionou-se a Universidade Federal de Santa Catarina tanto a modalidade de Residência Multiprofissional em contexto hospitalar como da Atenção Básica.

6.4.2 Critérios de Seleção das fontes de informação

Como dados primários, o universo da pesquisa caracterizou-se com a participação dos profissionais da equipe interdisciplinar de saúde, divididos nas categorias de preceptores, tutores e residentes do programa, bem como profissionais envolvidos na Política de Educação Permanente do município de Florianópolis e do estado de Santa Catarina.

Como critérios para participação na pesquisa, foram selecionados os preceptores/tutores que estão há mais de um ano inseridos em tais funções. Os residentes devem estar matriculados no segundo ano do programa. Desse modo, foram realizadas dezesseis entrevistas, divididas em:

- Um profissional envolvido com a Política de Educação Permanente do município de Florianópolis.

- Um profissional envolvido com a Política de Educação Permanente do estado de Santa Catarina.

- Sete profissionais envolvidos com o programa de Residências Multiprofissionais do Hospital Universitário – nas categorias profissionais: farmácia, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia e odontologia.

- Coordenadora – que permaneceu no cargo até março de 2018, possui doutorado e mais de três anos de participação no programa.
- Dois tutores, um do sexo masculino e outra do sexo feminino. Possuem idade de 30 a 40 anos. Ambos possuem doutorado e mais de três anos de inserção no programa.
- Dois preceptores, ambas do sexo feminino, com idade entre 25 e 40 anos, com especialização e inseridas há mais de três anos no programa de residência multiprofissional do HU.
- Dois residentes do segundo ano, ambas do sexo feminino, com idade de 20 a 30 anos. Não possuem especialização anterior, porém uma delas possui experiência profissional prévia. Tiveram conhecimento do programa por divulgação na Instituição de Ensino Superior e pela internet.

- Sete profissionais envolvidos com o programa de Residências Multiprofissionais da Saúde da Família – nas categorias profissionais: serviço social, odontologia, nutrição, educação física, enfermagem e farmácia.

- Coordenador – que permaneceu no cargo até março de 2018, possui doutorado e está há mais de três anos vinculado ao programa.

- Dois tutores, ambas do sexo feminino, com idades de 30 a 50 anos. Ambas estão atuando no programa há mais de três anos e possuem doutorado.
- Dois preceptores, ambos permaneceram até março de 2018 e do sexo feminino, com idades entre 30 a 40 anos. Possuem especialização e tiveram atuação por mais de três anos na Residência Multiprofissional em Saúde.
- Dois residentes do segundo ano, ambas do sexo feminino e com idades entre 20 e 25 anos, sem especialização anterior. Tiveram conhecimento do programa por meio de divulgação nas IES e por colegas de outras categorias profissionais.

Nos critérios de seleção para entrevistas entre preceptores, tutores e residentes, buscou-se que todas as profissões inseridas nos programas tivessem sido contempladas, com pelo menos um profissional sendo entrevistado.

Com a validação da matriz de análise e julgamento, que na sua essência já delimitam os questionamentos, as entrevistas se realizaram nos seus pontos de atenção. Como parte integrante da matriz, também houve a participação da pesquisadora em reuniões do Núcleo Docente Assistencial Estudantil dos locais de pesquisa e da Comissão de Residências Multiprofissionais, entendendo que essa observação se faz indispensável para o estudo piloto.

6.5 COLETA DE DADOS

Concomitante a aplicação da matriz de análise e julgamento, que questionam acerca da composição e estruturação do programa, e foram aplicados questionários contemplando o perfil profissional e acadêmico dos entrevistados – idade, sexo, escolaridade e tempo de atividade laboral no local. Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas com consentimento do entrevistado e de caráter sigiloso acerca dos tópicos elencados na matriz de análise e julgamento.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise auxiliou na formalização do instrumento avaliativo, com base na elaboração da Matriz de Análise e Julgamento, construída a partir

na análise documental, revisão bibliográfica e nos modelos, definindo a priori as categorias para a análise qualitativa. Na matriz constam as dimensões, modo de verificação, tipo de coleta e fonte de informação, validadas a partir das oficinas de consenso, para posteriormente realizar o teste piloto do instrumento. Desse modo, as categorias de análise foram definidas a priori na matriz de análise e julgamento, que orientaram a análise do conteúdo das entrevistas coletadas.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa esteve de acordo com o solicitado na resolução 510/2016, no que se refere às normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos. Foram entregues aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), com os objetivos da pesquisa e salientará a decisão de escolha e participação voluntária e o Termo de Autorização de Gravação de Voz (apêndice 2) autorizando a gravação da entrevista como técnica de coleta de dados.

Todos os participantes da pesquisa tiveram informações quanto ao objetivo, metodologia e finalidades da pesquisa. Foram ainda assegurados os direitos a solicitarem maiores esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de sua realização, a negar-se a responder questionamentos que na sua percepção possam trazer-lhes danos a integridade física, social e moral e garantia do seu anonimato e confidencialidade. Além disso, os participantes foram informados da opção de desistência do estudo e retirada do seu Termo de Consentimento, a qualquer momento do decorrer da pesquisa.

O trabalho foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil (CAE nº78740317.0.0000.0121) e nos Comitês de Ética das Instituições que sediaram os estudos pilotos presente pesquisa.

6.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Enumera-se as limitações no que competem o constrangimento do profissional de saúde e atores envolvidos em relatarem as situações de desafios, bem como suas perspectivas nesse processo. Haveria possibilidade de as entrevistas serem postergadas e dificultadas devido a realidade do espaço de trabalho e atividades profissionais entre os atores.

7. RESULTADOS

Os resultados obtidos com a pesquisa foram divididos em dois artigos, um referente a revisão integrativa do objeto de estudo e outro acerca do grau de implantação dos programas, a partir do estudo de caso nos pontos de atenção com a matriz de análise e julgamento.

Desse modo, a partir dos objetivos citados, a realização do estudo de avaliabilidade propiciou a elaboração dos modelos anteriormente apresentados, como instrumentos de avaliação do programa nas suas dimensões e categorias. A partir desses instrumentos, se verificou os pressupostos essenciais e as atividades que permeiam e formulam o programa de Residências Multiprofissionais em Saúde.

7.1 ARTIGO CIENTÍFICO

Aceito em: 25 de julho de 2018.

Revista: Revista Educação em Saúde – e- ISSN 2358-9868

Ano: 2018.

Estado da Arte da Residência Multiprofissional em Saúde a partir da revisão integrativa

RESUMO: Com a implantação do Sistema Único de Saúde, emerge a necessidade de reordenamento dos recursos humanos para o atendimento em consonância com princípios e diretrizes do sistema. A Política de Educação Permanente norteia as práticas e atividades para que os processos de trabalho sejam modificados para uma atuação profissional transformadora, tendo como um dos instrumentos a Residências Multiprofissionais em Saúde. O presente artigo tem como objetivo analisar os estudos acerca do tema, a partir de uma revisão integrativa nas bases de dados SCIELO, BVS e LILACS. Como conclusão, visualiza-se que os achados corroboram para desafios da implantação da residência, mas consideram um programa um importante instrumento de formação de profissionais para o SUS.

Palavras-chave: Educação, Permanente, Residência, Multiprofissional, Integralidade, Avaliação, Saúde.

INTRODUÇÃO

As Residências em Saúde são organizadas a partir da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no eixo de Provimento de Profissionais. São regulamentadas em 2005, apesar de serem vistas iniciativas anteriores a esse período. As Uniprofissionais – Residências Médicas – são regulamentadas desde 1970 e em 1977 já há a criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Há também em 1960 a emergência das Residências em Enfermagem, partindo do modelo das Residências Médicas.

As primeiras iniciativas de Residências Multiprofissionais são visualizadas em 1977, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, quando o programa se constitui de enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários. De acordo com Ceccim e Armani (2001), as residências tiveram suas atividades encerradas no início da década de 1990, decorrente da crise econômica enfrentada pelo país. São retomadas a partir de 1999, com o Programa de Aperfeiçoamento Especializado atrelado com as Residências Médicas, com caráter multiprofissional.

As Residências Multiprofissionais em Saúde são propostas pela DEGES em 2003 – após a criação em 2002 de 19 residências em saúde da família - como projeto nacional e instrumento de ação e atividades no que se refere ao eixo de ações e atividades da portaria do ano de 2004. Visa a integração entre ensino, ações, serviços e controle social, além da qualificação das práticas em saúde, de modo a construir um espaço de metodologias ativas e voltadas a educação permanente dos profissionais envolvidos, sem minimizar as particularidades de cada profissão (BRASIL, 2006).

Refere-se que a modalidade do programa para a formação profissional é direcionada pela educação permanente em saúde, uma vez que projeta as atividades para as transformações das práticas de serviço e aprendizagens significativas, buscando a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade (PEDUZZI, 2009).

Como escolha de tipo de revisão de literatura, o método escolhido foi revisão integrativa, entendendo-se a que a mesma propicia combinação de diversas metodologias e integração dos resultados obtidos. Assim, amplia as possibilidades de análise de literatura e permite a combinação dos dados encontrados (BOTUCATU, 2015).

PROCESSO METODOLÓGICO

Constituíram-se objetos de análise livros, dissertações, teses, documentos do Ministério da Saúde. Para o levantamento dos artigos de literatura realizou-se uma busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) nos meses de março e abril de 2017.

Como descritores utilizados para a seleção dos estudos, utilizou-se *“avaliação and residência and multiprofissional”*, *“residência and multiprofissional”* e *“residência and saúde and educação and permanente”*.

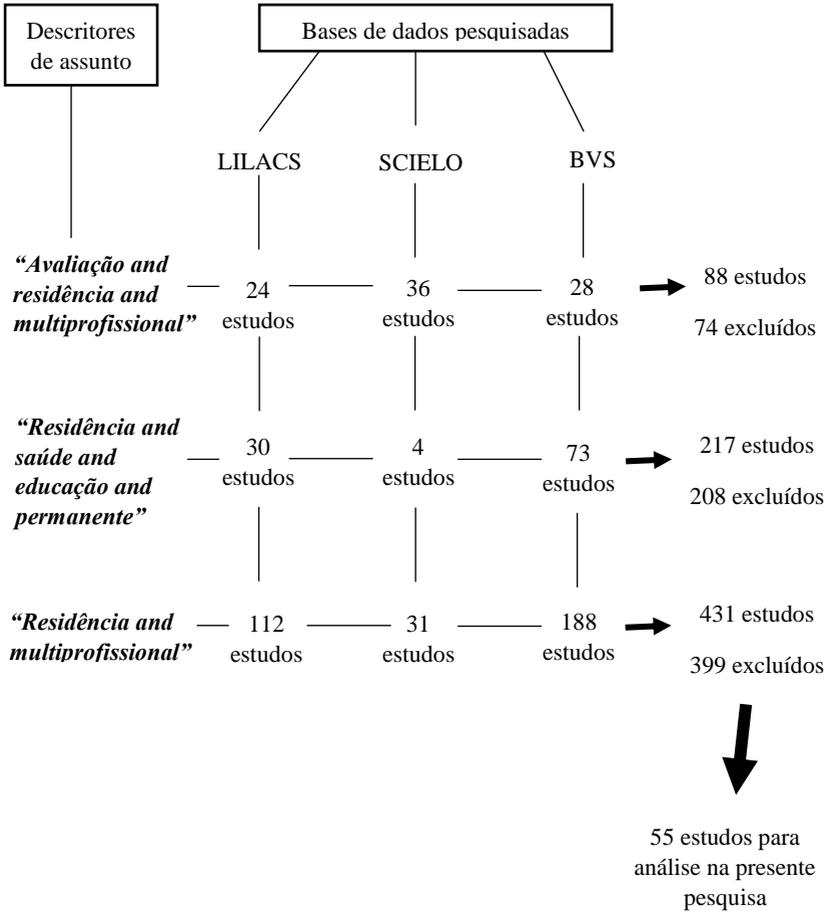
Foi realizada a leitura dos resumos dos estudos e organização e tabulação de dados. Para tanto, o instrumento utilizado abarcou as seguintes informações: nome do estudo, ano de publicação, objetivos, método e conclusão. Como critérios de exclusão, citam-se a duplicidade de estudos, as amostras referentes apenas residência médica ou especificando atuação de profissões de forma que os objetivos e conclusões não respondiam a pergunta de pesquisa, objeto e tema do trabalho.

Foram encontrados 736 artigos, adotando-se critérios para a seleção da amostra, tais quais: todas as categorias de artigos (original, revisão de literatura, relato de experiência, estudos de caso, dissertações, entre outros), artigos com resumos e textos completos disponíveis para posterior análise e publicados em idioma português, considerando-se a especificidade do tema e realidade brasileira.

RESULTADOS

Foram excluídos 677 estudos, sendo selecionados 55 para análise e referenciais na presente pesquisa, datados entre 2006 e 2016. Desses, 8 são teses/dissertações e 47 são artigos.

Os artigos selecionados discutiram acerca da implantação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde e da Política de Educação Permanente, como também realizaram pesquisas sobre dificuldades e potencialidades encontradas pelos sujeitos.



DISCUSSÃO

Importância do Programa de Residências Multiprofissionais em Saúde

Autores consideram que os modelos educacionais atuais são fragmentados e focalizam a formação especializada, uniprofissional, curativista e individual, sem interações entre as diferentes áreas e profissões e inadequadas para as demandas de saúde atuais (AUTÔNOMO, 2013). Tais fatos geram dificuldades dos graduandos, formados e profissionais atuantes na rede de serviços em compreender as especificidades e responsabilidades inerentes a cada núcleo profissional (NETO, et al, 2015) (BEZERRA, et al, 2016).

Ceccim (2003) considera que a formação profissional para o SUS deve ser norteada por práticas educacionais e pedagógicas entre os campos de saber a partir de uma política de educação para a saúde. Desse modo, o alinhamento entre a formação de profissionais com as necessidades vigentes do sistema de saúde brasileiro poderá contribuir para a consolidação das políticas públicas de saúde e possibilitar a integralidade na assistência (KAISER, SERBIM, 2009).

Desse modo, as Residências Multiprofissionais em Saúde organizam-se como uma modalidade de treinamento em serviço, que promove a aprendizagem pela prática cotidiana e a aproximação com a realidade local do Sistema Único de Saúde. As diversas configurações e desenhos são visualizadas pelas diferentes necessidades regionais dos estados brasileiros. Sua implantação tem consequências na assistência, no ensino e na pesquisa, tendo como foco os processos de trabalho (VASCONCELOS, et al, 2015).

Educação Permanente em Saúde e Residências Multiprofissionais

A educação permanente pauta-se na criação de instrumentos que motivem os processos educativos com trabalhadores, gestores, usuários de serviço e instituições de ensino. Como consequência, compreende-se que o papel da residência não se baseia apenas na formação do residente inscrito, mas envolve a reflexão crítica do processo de trabalho nos diferentes âmbitos dos serviços (SANTOS, 2010). Uma das justificativas para a implantação de programas de formação para alunos da pós-graduação – especialmente na categoria não médica – é a inserção de

profissionais de diferentes áreas do conhecimento com pouca valorização na sua capacitação profissional (ROSA, LOPES, 2016).

Vinculada diretamente com o processo de trabalho e valorização das práticas e ações de diferentes sujeitos, a educação permanente pressupõe que não há hierarquia entre educadores e educandos. O diálogo é instrumento primordial, além da incorporação dos diferentes conhecimentos. Como objetivos, visualiza-se a produção de novas práticas de saúde de modo a refletirem diretamente no SUS, a partir do enfoque interdisciplinar na construção de saberes ampliados (SILVA, LEITE, PINNO, 2014).

Ao encontro dessa perspectiva, Silva et al (2014) referem a importância da Educação Permanente em Saúde, como uma alternativa de superação das práticas fragmentadas e distantes das necessidades dos usuários, vinculada aos processos de trabalho nesse setor. Busca a mudança do modelo assistencial hegemônico e aponta a valorização de todos os profissionais e o diálogo entre os diferentes sujeitos, incorporando ações integradas. A partir da reflexão sobre as práticas nos serviços, há a transformação para compreender as necessidades do usuário, gestão e ensino e novas práticas de ensino e aprendizagem.

Conceitos agregados na atuação da Residência Multiprofissional em Saúde

Nesse contexto, emergem conceitos de suma importância para o entendimento do tema. A *multiprofissionalidade* é a presença de profissionais de diferentes áreas que dividem o mesmo local de trabalho, que podem ocasionar na interdisciplinaridade (Schmitz, 2006). A *interdisciplinaridade* é compreendida por Scherer et al. (2013) como um instrumento crítico do saber e interação de saberes e práticas no processo de aquisição de conhecimento. Santos et al. (2016) acrescentam que a atuação interdisciplinar compreende a interação entre várias especialidades com conhecimentos e qualificações distintas, superando os limites impostos. Bones et al. (2015) complementa que a interdisciplinaridade realiza a interpenetração nas diferentes áreas gerando o diálogo, com vistas a reorganizar a prática. Isso é, a partir de cada olhar, com a compreensão ampliada do usuário, se pensa coletivamente na tomada de decisão com finalidade de fortalecer o diálogo e a promoção de saúde, como também a resolutividade do sistema. Apenas Schmitz (2006) abarca o conceito de

transdisciplinaridade, como a aquisição de saberes, experiência e valores a partir das especificidades de cada elemento.

Araújo et al. (2016) apontam a significativa ascensão do termo *Educação Interprofissional* (EIP), que propicia o desenvolvimento do trabalho coletivo, de forma que estudantes e profissionais aprendem conjuntamente com seus pares e com outras áreas do conhecimento. Casanova et al. (2015) cita que a EIP contribui para a atuação integrada em equipe, visando a colaboração entre profissionais e integralidade no cuidado de saúde e extinguindo a competição e fragmentação dos saberes. Neto et al. (2015) ainda refere a prática da Educação Interprofissional como ferramenta para o aperfeiçoamento da formação e das práticas de saúde por meio da atuação das equipes compostas por diferentes profissionais.

Dificuldades e limitações do programa

Conforme apontam Neto et al. (2015), os desafios encontrados perpassam a dificuldade de parcerias entre instituições de ensino e rede de saúde e a reduzida de interação entre residentes, tutores, preceptores – que muitas vezes não possuem perfil adequado para função nem disponibilidade de carga horária. Nesse sentido, é destacado por Melo et al. (2014) a dificuldade do preceptor no entendimento acerca de seu papel educativo, gerando impactos na supervisão e avaliação dos residentes, bem como nos processos de trabalho que estão inseridos. A alta rotatividade de preceptores nos municípios decorrente de demissões ou deslocamento de equipes é apontado por Fiorano e Guarnieri (2015) como uma característica que prejudica as ações desenvolvidas para e pelos residentes. A grande resistência da equipe de saúde ora decorrente da falta de conhecimento dos pressupostos do programa pela ausência da interdisciplinaridade na formação acadêmica ora pela realidade de precarização e desvalorização profissional também se configuram como uma limitação ao programa (ROSA, LOPES, 2016). Scherer et al. (2013) referem que a fragilidade dos núcleos profissionais e sentimentos individuais como desvalorização do seu próprio trabalho, dificuldades pessoais, imaturidade, medo e timidez dos residentes também interferem diretamente na sua atuação nos espaços de saúde.

Bezerra et al. (2016) e Vasconcelos et al. (2015) consideram que a superação das limitações decorrentes da formação primária dos profissionais, principalmente nos cursos de graduação é um dos desafios

a serem superados, visto que reproduzem uma visão fracionada do indivíduo e interferem diretamente nas práticas de saúde e no processo pedagógico proposto pelo programa. Ao encontro das autoras, Cheade et al. (2013) enumera ainda como dificuldades a interação com a equipe médica, visto que possuem uma proposta de residência própria e uniprofissional.

Frossard e Silva (2016) trazem aspectos como a excessiva carga horária dos residentes, o número insuficiente de profissionais para acompanharem as atividades do programa e as dificuldades dos serviços, limitantes no processo de implantação do projeto político da residência e consequentemente do processo de formação dos residentes.

Foi observada uma piora gradativa ao longo dos dois anos de duração do curso, com alterações no nível de estresse e exaustão emocional causados pelo medo de cometer erros, cobranças e responsabilidades excessivas impostas pelos serviços e profissionais, carga horária extensa e jornadas integrais com poucas pausas para descanso e refeições. Com a proximidade do término da residência, a necessidade de uma nova inserção no mercado de trabalho potencializa os sintomas (SANCHES, et al, 2016). A pesquisa realizada por Goulart et al (2012) ainda aponta que grande parte dos residentes não realiza atividades físicas, seu convívio familiar é interrompido ou postergado por conta da carga horária excessiva e grande parte já cogitou a desistência do programa em algum momento do seu curso.

Facilitadores da Residência Multiprofissional em Saúde

A Residência Multiprofissional em Saúde é visualizada como um espaço para o avanço da educação permanente e facilitador para o desenvolvimento de novos profissionais (VASCONCELOS, et al, 2015). Como espaço de formação direcionado ao trabalho interdisciplinar e aos princípios do SUS, possibilita a aproximação de saberes de todos os sujeitos envolvidos. A partir dessa interação, os profissionais de saúde poderiam assumir um importante espaço no desenvolvimento e formulação das políticas públicas (AUTONOMO, 2013).

A inserção na Residência Multiprofissional possibilita uma aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais aos profissionais, que são fundamentais para seu desenvolvimento. Busca uma formação crítica e reflexiva de forma integral e interdisciplinar – rompendo com o paradoxo entre biológico e social, reconhecendo o usuário com suas

múltiplas necessidades e aumentando a resolutividade. Tais pressupostos se efetivam com a construção coletiva e aquisição de conhecimento e melhoria do cuidado em saúde (MELO et al, 2014).

O programa é considerado uma das principais iniciativas de formação profissional, uma vez que sua construção contempla as diretrizes e princípios do SUS a partir da aproximação entre trabalho e formação, fortalecendo a relação entre ensino-serviço e favorecendo ações aproximadas a concepção de integralidade (BEZERRA, et al, 2016). Sua implantação é de suma importância visto a necessidade de repensar os processos de trabalho, relacionando a educação com as novas demandas de saúde da população (MELO, et al, 2014). Também propicia a inclusão qualificada de novos profissionais de saúde ao mercado de trabalho, uma vez que prevê a capacidade de intervenção dos profissionais no decorrer do programa (SILVEIRA, 2011). Os autores Lima e Santos (2012) destacam que o programa visa consolidar as políticas de reordenação de recursos humanos para a saúde, culminando na articulação concreta entre serviços de saúde e espaços acadêmicos. Como consequência da sua implantação e da inserção de alunos/residentes nos serviços de saúde, os processos e práticas de trabalho dos atores envolvidos – preceptores e residentes - são questionados e repensados, visando o cuidado mais qualificado ao usuário. Fernandes et al (2015) afirma que a interação entre residentes possibilita ações para a integralidade, além da reinvenção diária dos serviços. A partir da inserção dos residentes, os trabalhadores de saúde passam por uma análise e questionamento contínuos das suas práticas, o que se considera alicerce do processo de aprendizagem (DIAS, et al, 2016).

Pesquisas realizadas apontam que a maior parte dos profissionais ingressos no programa são formados há pouco tempo (SILVEIRA, 2011) e tem como objetivo primordial a necessidade de qualificação, reconhecendo que ao término do programa tiveram melhorias nas suas atuações e aumento de conhecimento (DEMARCO, 2011). Rosa e Lopes (2016) expõem que os residentes referem que na graduação o debate acerca do cunho histórico da saúde foi desvalorizado, tendo ênfase as matérias de conhecimentos específicos da profissão, o que gerou uma desarticulação entre o ambiente acadêmico e a realidade dos serviços locais de saúde.

Na visão dos trabalhadores, os residentes representam um apoio na prestação do cuidado a partir da inserção de profissionais de diferentes especialidades e novas práticas, como troca de conhecimento e discussões de caso. Com a implantação da residência, os trabalhadores apontam a ampliação da relação entre teoria-prática e a modificação do agir do profissional, sendo uma contribuição aos serviços de saúde (DOMINGOS, et al, 2015).

Rosa e Lopes (2016) explicitam dois paradoxos do programa. Se, por um lado, é um incentivador para as políticas de formação de recursos humanos e uma estratégia de implantação do SUS, pode ser visto também como um instrumento de precarização de trabalho na lógica neoliberal. Uma vez que os residentes possuem remuneração menor que os trabalhadores, não possuem planos de carreira, além de serem mais um dos atores envolvidos na disputa de espaço e serviço com outros profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser considerada importante dispositivo de ações de educação permanente, a Residência Multiprofissional em Saúde ainda se depara com inúmeros desafios para sua implantação de modo a consolidar as práticas interdisciplinares e a interação entre os sujeitos atores do programa.

Esses desafios perpassam desde a inserção no programa – com os profissionais egressos possuindo uma formação individualizada e fragmentada – até o decorrer do mesmo, com as dificuldades de interação de cada sujeito e de áreas diferentes inseridas no programa. Os estudos também enumeram a estrutura organizacional da Residência (principalmente a carga horária) e as dificuldade inerentes aos espaços de trabalho como limitantes na concretização do objetivo do programa.

Como facilitadores, o programa se configura como um instrumento de formação de novos profissionais, de diferentes categorias, possibilitando uma aproximação com outros saberes e sujeitos, além de subsidiar uma aquisição progressiva de conhecimentos técnicos. Observa-se também que os profissionais já inseridos no espaço de trabalho repensam suas ações e práticas de trabalho, visto a inserção de novos sujeitos.

Desse modo, conclui-se que os avanços são significativos nessa modalidade de ensino-aprendizagem, mas que deve passar por processos

avaliativos constantes a fim de garantir a prática a partir da ótica de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Revista Interface Botucatu*, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

AUTÔNOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura. *A preceptoría em saúde a partir das publicações brasileiras*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

AVELLAR, William de Oliveira. *O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: limites e possibilidades frente às políticas de inovação em saúde*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

BEZERRA, Tereza Cristina Alves et al. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab. educ. saúde.*, v. 14, n. 2, p.445-472, 2016.

BONES, Ana Amélia Nascimento da Silva et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. *Rev ABCS Health Sciences*. v. 40, n. 3, p. 343-347, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4º ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. *Lei nº8.080*, 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.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lídio Ruiz. Formação para o trabalho em equipe na residência

multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva. *Divulg. Saúde Debate*, v. 23, n. 1, p.30-56, 2001.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 592-595, 2013.

DEMARCO, Egidio Antonio. *Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência*. 2011. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DIAS, Ieda Maria Ávila Vargas et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde debate*. v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brigida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.

Faculdade de Ciências Agrônomicas UNESP. *Tipos de revisão de literatura*. Biblioteca Professor Paulo de Carvalho Mattos, Campus de Botucatu, 2015. disponível em: <<http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>>. Acesso em: out. 2018.

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 90-97, dez. 2015.

FIORANO, Ana Maria Marcodes; GUARNIERI, Ana Paula. Residência Multiprofissional em Saúde: tem valido a pena? *Rev ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, p. 366-369, 2015.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Emanuel Cristiano de Souza. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. *Rev. katálysis*, v. 19, n. 2, p. 281-288, 2016.

GOULART, Carolina Tonini et al. Perfil Sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 1, p. 178-186, 2012.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev. esc. enferm, USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, dez. 2012 .

KEISER, Dagmar Elaine; SERBIM, Andreivna Kharenine. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 633-640, dez. 2009.

LIMA, Mônica; SANTOS, Livia. Formación de Psicólogos en residencia multiprofesional: transdisciplinarietà, núcleo profesional y saludmental. *Psicol. cienc. prof.* v. 32, n. 1, p.126-141, 2012.

MELO, Myllena Cândida de; QUELUCI, Gisella de Carvalho; GOUVÊA, Mônica Villela. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 706-714, ago. 2014.

NETO, Manoel Vieira de Miranda; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm*, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015.

OLIVEIRA, Filipe Guterres Venancio Costa de et al. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface (Botucatu)*. v. 17, n. 44, p. 201-210, 2013.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência

Multiprofissional em Saúde. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 637-660, 2016.

SANCHES, Vinícius Santos et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. *Rev. bras. educ. med.*, v. 40, n. 3, p. 430-436, 2016.

SANTOS, Keite Helen dos et al. O trabalho de profissionais na residência multiprofissional em saúde. *Rev. APS*, v. 19, n. 3, p. 495-499, 2016.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. *Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHMITZ, Carlos André Aita. *Decifra-me e devoro-te: a história de como nasceu e morreu a idéia de uma residência integrada em saúde no interior do estado*. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SILVA, Jaqueline Callegari et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta paul. enferm.*, v. 28, n. 2, p. 132-138, 2015.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; LEITE, Marinês Tambara; PINNO, Camila. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trab. educ. saúde*, v. 12, n. 2, p. 403-424, 2014.

SILVEIRA, Luiz Henrique Alves da. *Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde referente ao contrato didático*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde

da Criança e do Adolescente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015.

7.2 ARTIGO CIENTÍFICO

Autores: Lais Santos Silva e Sônia Natal.

Revista: Trabalho, Educação e Saúde – Fiocruz

Grau de Implantação de dois programas de Residências Multiprofissionais em Saúde do Sul do Brasil

RESUMO

O presente artigo é resultado da dissertação “Residências Multiprofissionais em Saúde: uma proposta de avaliação”, vinculada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política de Educação Permanente traz a inserção de diferentes profissionais no atendimento ao usuário. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são instrumentos de formação e inserção de profissionais nos serviços de saúde. Foi realizada uma análise de implantação para verificar o Grau de implantação da RMS em dois pontos de atenção vinculados a UFSC, com a elaboração dos modelos teórico, lógico e a matriz de análise e julgamento. A coleta de dados foi feita através de entrevistas com os atores do programa. Os resultados da matriz de julgamento apresentam aspectos favoráveis na organização do Projeto Político Pedagógico dos programas, estruturação dos órgãos de acompanhamento previstos na legislação e na elaboração do processo seletivo. Como aspectos limitantes, a ausência de recursos financeiros para implantação das atividades dos residentes, baixa inserção dos tutores e preceptores no processo de aprendizagem, poucas iniciativas de capacitações para os atores, bem como a ausência de avaliação pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.

Palavras-chave: Residências, Multiprofissionais, Implantação, Avaliação, Saúde.

ABSTRACT

This article is the result of the dissertation "Multiprofessional Residences in Health: a proposal of evaluation", linked to the Graduate Program in Collective Health of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). The implementation of the Unified Health System (SUS) and the Permanent Education Policy brings the insertion of different professionals in the service to the user. Multiprofessional Residences in Health (RMS) are tools for training and insertion of professionals in health services. An implementation analysis was performed to verify the degree of RMS implantation in two points of attention linked to UFSC, with the elaboration of the theoretical and logical models and the matrix of analysis and judgment. The data collection was done through interviews with the actors of the program. The results of the trial matrix have favorable aspects in the organization of the Political Pedagogical Project of the programs, structuring of the monitoring bodies provided for in the legislation and in the preparation of the selection process. As limiting aspects, the lack of financial resources to implement the activities of residents, low insertion of tutors and preceptors in the learning process, few training initiatives for the actors, as well as the absence of evaluation by the National Commission of Multiprofessional Residencies in Health.

Keywords: Residences, Multiprofessional, Deployment, Evaluation, Health.

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988 e posteriormente a Lei Orgânica da Saúde em 1990, considera que a saúde passa a ser direito de todos os cidadãos e sua promoção dever do Estado, com princípios e diretrizes para seu funcionamento (BRASIL, 1990). Também se enumera a necessidade de ações que visem o reordenamento de recursos humanos, a partir de políticas nas esferas federais, estaduais e municipais, tendo como

norteadora a Política de Educação Permanente em Saúde (2004 e 2006). Como objetivo dessa legislação, cita-se propiciar a melhoria nas inovações nos processos e instrumentos de gestão, e como consequência, elevar a eficácia e a qualidade dos serviços no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2009)

A Residência Multiprofissional em Saúde, considerada como instrumento de formação profissional para o Sistema Único de Saúde, se caracteriza como uma pós-graduação, de modalidade lato-sensu⁵, com a proposta de formação em serviço. O programa é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, criado a partir da promulgação da lei nº11.129 de 2005.

A proposta da atuação vinculada ao cotidiano de trabalho possui como objetivo a transformação do processo e organização de trabalho e das práticas profissionais. Ou seja, se configura como uma ação e processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, que possibilita mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população.

JUSTIFICATIVA

A mudança de paradigma da atenção em saúde nos últimos anos, possibilitou a inserção de profissionais de diferentes áreas nos serviços de saúde e na assistência ao usuário. O conceito ampliado de saúde, concebido a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma interação entre o bem-estar físico, psicológico e social do sujeito, juntamente com os determinantes sociais referenciados pelo SUS, se reflete no cotidiano de acesso a serviços essenciais de saúde por parte da população usuária, visto que rompem com o conceito de saúde como “ausência de doenças” e caminham para a perspectiva de atendimento integral ao sujeito, de forma multiprofissional. Paralelamente, visualiza-se a necessidade de ordenar os recursos humanos do sistema, para que os profissionais realizem os atendimentos de forma qualificada aos usuários a partir das diretrizes e princípios do SUS.

⁵ Conforme aponta Olschowsky (2001), no Brasil há duas modalidades de pós graduação: o “stricto-sensu” (composto por mestrado e doutorado) e o modelo lato-sensu (destinado a formação de profissionais, sendo formado por especialização, aperfeiçoamento e residência).

Diante de tais considerações, pressupõe-se que a atuação interdisciplinar e multiprofissional, a partir da formação e ordenamento dos recursos humanos da saúde, permeie o atendimento integral ao usuário, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A integração entre o ensino e aprendizagem nos espaços de atuação profissional em saúde possibilita que as necessidades dos usuários sejam apreendidas, tornando-se a diretriz da qualificação dos profissionais. Ainda, com a interação entre os diferentes profissionais, a Residência Multiprofissional possibilita a superação da fragmentação das áreas, resultando na atuação de equipes multiprofissionais (CLOSS,2010).

Considera-se, então, a Residência Multiprofissional em Saúde como um instrumento da educação permanente, visto que objetiva as transformações das práticas em saúde e visa a articulação contínua entre ensino e serviço, buscando a consolidação do conceito ampliado de saúde e dos determinantes sociais a partir da atuação multiprofissional e interdisciplinar (SANTOS, 2010). Refere-se que a modalidade do programa para a formação projeta as atividades para as transformações das práticas de serviço e aprendizagens significativas, buscando a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade (PEDUZZI, 2009).

O objetivo do estudo foi aplicar um modelo avaliativo para determinar o grau de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde, testado em dois componentes – atenção básica e hospitalar - vinculados a Universidade Federal de Santa Catarina.

MÉTODO

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa, com a elaboração de um modelo de avaliação dos programas de Residências Multiprofissionais em Saúde e aplicação em serviços de saúde para determinar o Grau de Implantação. Para a formulação de tal instrumento, foram realizadas análises documentais e revisão bibliográfica referentes ao programa, além de entrevista com os atores participantes, a fim de compreender e identificar suas metas, objetivos e atividades.

Para delimitação dos locais de pesquisa, estabeleceu-se como critérios: a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde há, pelo menos, cinco anos; a prestação de serviços vinculados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde e que as atividades fossem realizadas nos pontos de atenção hospitalar e na atenção básica, vinculados a uma única

Instituição de Ensino Superior. Portanto selecionou-se a Universidade Federal de Santa Catarina tanto a modalidade de Residência Multiprofissional em contexto hospitalar como da atenção básica, ambos localizados no município de Florianópolis.

Características	Hospital Universitário	Atenção Primária em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde
Ano de implantação	2010	2009
IES vinculada	Universidade Federal de Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina
Número de residentes	36	13
Profissões envolvidas	8	6
Modelo	Hospitalar	Atenção Básica

Tabela 1⁶ – Características das unidades de análise.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto do ano de 2018. Como critérios para participação da pesquisa, foram selecionados os profissionais da equipe multiprofissional nas diferentes funções do programa – preceptores, tutores, coordenadores, residentes e profissionais da Política de Educação Permanente em Saúde de Florianópolis e do Estado de Santa Catarina.

Como critérios para participação da pesquisa, foram selecionados os profissionais da equipe interdisciplinar em saúde, nas categorias de coordenadores (dois), preceptores (quatro), tutores (quatro), sendo que esses profissionais com mais de um ano inseridos em tais funções, e residentes (quatro) matriculados no segundo ano do programa, além de um profissional do setor de Educação Permanente do estado de Santa Catarina e um vinculado ao setor no município de Florianópolis. Ressalta-se que cada profissão teve representatividade no estudo, na seleção de pelo menos um profissional para entrevista, considerando os diferentes

⁶ Aqui, a numeração da tabela é referente à do artigo científico, e não à da dissertação.

processos de trabalho que envolvem as categorias profissionais no programa.

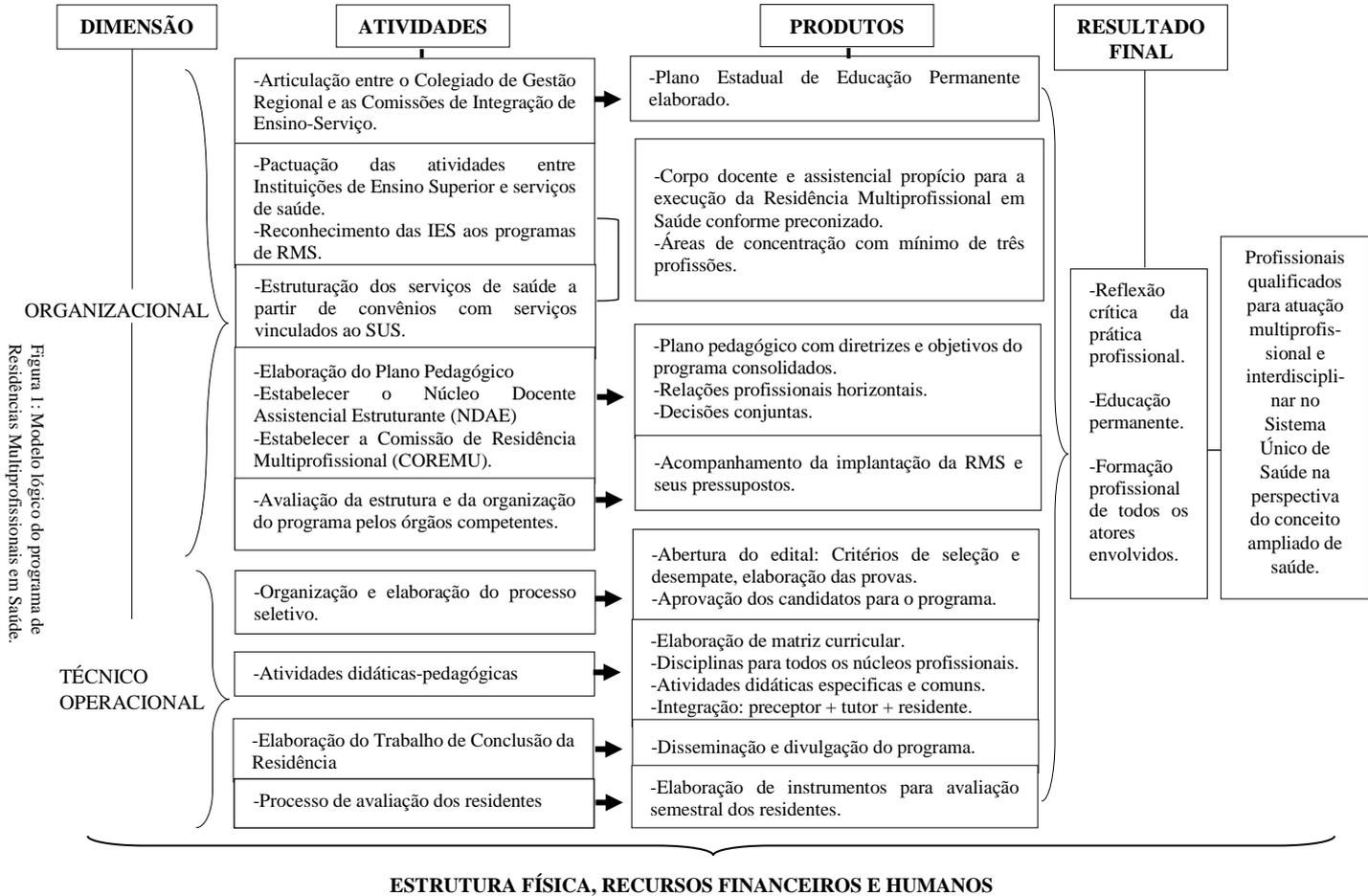
Nos resultados obtidos, tais sujeitos foram apresentados como “Entrevistado 1” até “Entrevistado 16”, a fim de garantir seu sigilo das informações cedidas. Ressalta-se que quatro destes se desvincularam que suas funções do programa em março do corrente ano, mas considerando suas experiências, optou-se por entrevista-los.

Houve a aplicação do roteiro de entrevista, com perguntas referentes ao perfil profissional dos entrevistados – idade, sexo, escolaridade e tempo de atividade laboral no local. Foram definidas as categorias de análise a priori na matriz avaliativa, que orientaram a análise de conteúdo das entrevistas coletadas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e gravadas mediante consentimento do entrevistado em caráter sigiloso acerca das informações repassadas, mediante embasamento na resolução 510/2016. As entrevistas ocorreram nos locais de trabalho dos entrevistados (Hospital Universitário e Centros de Saúde) e nos casos dos tutores, em suas salas na Universidade Federal de Santa Catarina, durando em média quarenta minutos. Todos os entrevistados assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma via permaneceu com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

O modelo lógico e a matriz de análise e julgamento foram validados em Oficina de Consenso na modalidade do Comitê Tradicional, com a participação de quatro representantes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (uma preceptora, uma tutora e duas residentes) vinculados ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), da atenção básica do município de Florianópolis (duas residentes egressas do programa) e da Pós-Graduação de Saúde Pública da UFSC (três professores Doutores de avaliação e um doutorando).

O modelo lógico é a descrição do programa de residências Multiprofissionais em Saúde, construído e elaborado a partir das diretrizes, legislações e entrevistas com profissionais envolvidos neste programa. Abaixo, na figura 1, está apresentado o tal instrumento com suas dimensões, atividades e produtos, com os resultados e impactos esperados. Efeitos.



Para a análise e julgamento dos dados foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento construída a partir do Modelo Lógico da Intervenção. A matriz de julgamento contempla três dimensões: estrutural, organizacional e técnico-operacional que foram desagregadas em categorias, sendo estabelecidos para cada uma a pontuação máxima. Cada dimensão recebeu a mesma pontuação máxima (70). A dimensão estrutural tem a finalidade de reconhecer a estrutura física, recursos financeiros e humanos que perpassam o funcionamento do programa. A dimensão organizacional possui como objetivo avaliar as atividades correspondentes ao programa, sua organização, funcionamento e logística. Por fim, a dimensão técnico operacional agrega as atividades relacionadas diretamente ao ensino e serviço.

	Σ Critério/indicador máxima
Categoria – Dimensão Estrutural	
Instalações e espaços adequados para as atividades dos sujeitos envolvidos no programa.	15
Financiamento para bolsas e funcionamento do programa.	15
Corpo assistencial – preceptores – estruturado para acompanhamento dos residentes no serviço.	20
Corpo assistencial – tutores – estruturado para o acompanhamento acadêmico dos residentes.	20
Total	70
Categoria – Dimensão Organizacional	
Articulação com os planos de Educação Permanente em Saúde estaduais e regionais.	8
Pactuação das atividades entre Instituições de Ensino Superior e serviços de saúde.	12
Estruturação dos órgãos do programa de NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) e COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional).	16
Reconhecimento das Instituições de Ensino Superior aos programas de RMS.	9
Projeto Político Pedagógico do programa construído e formalizado.	15
Avaliação da estrutura e da organização do programa pelos órgãos competentes.	10
Total	70

Categoria – Dimensão Técnico Operacional	
Organização e elaboração do processo seletivo.	16
Organização e distribuição das atividades didáticas-pedagógicas e suas respectivas cargas horárias.	18
Matriz curricular contemplando os conteúdos teóricos, práticos e teórico-práticos.	12
Processo de avaliação dos residentes.	12
Elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência como instrumento de disseminação dos conhecimentos e divulgação do programa.	12
Total	70

Tabela 2⁷ – Categorias e soma máxima das dimensões. Elaborado pela autora. 2018.

Desse modo, a proporção final da avaliação de cada dimensão se deu a partir da somatória da pontuação observada sobre a pontuação máxima de cada dimensão x 100. Os pontos de corte utilizados para determinarem a avaliação final já foram empregados em estudos avaliativos anteriores.

Pontos de corte	Grau de implantação
76% a 100%	Implantado
51% a 75%	Parcialmente implantado
26% a 50%	Baixo nível de implantação
Abaixo de 26%	Implantação incipiente

Tabela 3⁸ – Pontos de corte para a classificação dos casos.

⁷Aqui, numeração da tabela é referente à do artigo científico, e não à da dissertação.

⁸Aqui, a numeração da tabela é referente à do artigo científico, e não à da dissertação.

Com a validação, o modelo de avaliação foi testado em estudo de caso nos programas de Residências Multiprofissionais selecionados. A pesquisa está de acordo com o solicitado na resolução 510/2016, no que se refere às normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos. Foram entregues aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, salientando os objetivos da pesquisa e a decisão de escolha e participação voluntária e o Termo de Autorização de Gravação de Voz, com a autorização da gravação da entrevista como técnica de coleta de dados.

Todos os participantes da pesquisa foram informados do objetivo, metodologia e finalidades da pesquisa. Ainda assegurados os direitos a solicitarem maiores esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de sua realização, a negar-se a responder questionamentos que na sua percepção possam trazer-lhes danos a integridade física, social e moral e garantia do seu anonimato e confidencialidade. Além da opção de desistência do estudo e retirada do seu Termo de Consentimento, a qualquer momento do decorrer da pesquisa.

O trabalho foi submetido na Plataforma Brasil e no Comitê de Ética das Instituições de realização da pesquisa. Na Plataforma Brasil foi aprovado em maio de 2018 com o CAAE nº 78749317.0.0000.0121.

RESULTADOS

A tabela 4 apresenta o julgamento de valor dos programas de Residências Multiprofissionais nas dimensões citadas. Verifica-se que os resultados favoráveis de implantados não foi observado em nenhuma das dimensões. Verificou-se também os resultados mais favoráveis na Atenção Primária em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde, exceto na dimensão estrutural. Em seguida detalharemos os resultados por dimensão e caso.

	Hospital Universitário	APS - Secretaria Municipal de Saúde
Dimensão Estrutural		
Parâmetro Máximo	70	70
Parâmetro Observado	38	31
% Observada	54,2%	44,2%
Julgamento	Parcialmente implantado	Baixo nível de implantação
Dimensão Organizacional		
Parâmetro Máximo	70	70
Parâmetro Observado	41	52
% Observada	58,5%	74,2%
Julgamento	Parcialmente implantado	Parcialmente Implantado
Dimensão Técnico Operacional		
Parâmetro Máximo	70	70
Parâmetro Observado	39	44
% Observada	55,7%	62,8%
Julgamento	Parcialmente implantado	Parcialmente implantado

Tabela 4⁹ – julgamento de valor dos programas de Residências Multiprofissionais. Elaborado pela autora. 2018.

Dimensão Estrutural

Para a efetivação das atividades do programa de residência do HU, a estrutura da Universidade Federal de Santa Catarina é utilizada decorrente da localização próxima ao Hospital Universitário, possibilitando aos residentes e tutores o uso da Biblioteca Central, auditórios, salas de aula e laboratórios.

O contexto hospitalar que prevê atendimento conforme demanda apresenta consequências de tal processo de trabalho na condução das atividades da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

⁹ Aqui, a numeração da tabela é referente à do artigo científico, e não à da dissertação.

Atualmente o hospital passa por uma mudança estrutural, tendo como repercussões a diminuição no número de profissionais e no fechamento de leitos de unidades clínicas, incidindo diretamente no processo de trabalho dos atores do programa.

A disponibilização de recursos financeiros são colocados como uma dificuldade no cotidiano do programa, com materiais necessários para a manutenção e condução das atividades, bem como ausência de recursos para as atividades didáticas dos residentes, como participações em eventos científicos e despesas de possíveis palestrantes, conforme aponta o entrevistado 12.

Não são suficientes, a gente não tem nenhum recurso extra, antes a gente tinha para participar de eventos, agora não existe mais. A gente não consegue trazer palestrantes por falta de recursos, não sei, não acho muito bom os nossos recursos. Tem as bolsas, só a bolsa, que é o mínimo também para ter. (Entrevistado 12)

A rotatividade de preceptores, que possuem seus vínculos trabalhistas com o Hospital Universitário, principalmente por conta da sobrecarga que possuem com o atendimento ao usuário e paralelamente ao residente são fatores limitantes ao processo de institucionalização do programa. Apesar de divergências de opiniões, os preceptores não possuem adendo ao salário nem carga horária disponível pela Instituição para realizarem a supervisão e acompanhamento do residente dentro do serviço, o que gera baixa participação nas capacitações anuais ofertadas e nas atividades do residente, conforme aponta o entrevistado 3.

Então a gente sabe que quando fala em suporte financeiro é uma coisa que ia ajudar, porque a gente vê na prática que ninguém mais quer ser preceptor. Ainda que a gente ache que tá em um Hospital Escola, preceptor ou não, ele tem que contribuir om o processo de formação, ele tem que contribuir. Mas na prática o que a gente tem visto é que é um peso a mais, eu tenho que parar o que estou fazendo para ensinar, receber o residente (...) Acho que tinha que ter algum incentivo para quem fosse ser preceptor, se não for financeiro que seja

disponibilizada algumas horas da sua carga horária para a residência. (Entrevistado 3)

Como consequência desses fatores, há dificuldades no entendimento do preceptor sobre o papel do residente enquanto estudante, bem como na sua formação pedagógica para atender suas demandas educacionais e de aprendizagem em serviço.

A dificuldade de inserção dos tutores, que também são vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nos espaços hospitalares e sua interação com os preceptores e residentes também impactam diretamente na condução das atividades propostas. São disponibilizadas poucas horas no quadro de docência e há baixa adesão dos departamentos das profissões envolvidas, devido ao fato de o programa ser reconhecido como um curso de extensão dentro da Universidade.

Percebe-se nas entrevistas uma sobrecarga aos tutores inseridos no programa, que não são exclusivamente para programa de Residência Multiprofissional em Saúde, mas possuem vínculos com a graduação e pós-graduação da Universidade. Foi citado nas entrevistas que em algumas situações o preceptor fica responsável por demandas teóricas, o que interfere diretamente na sua rotina de trabalho, gerando dificuldades na realização desses momentos. Desse modo, a interação entre preceptor e tutor no planejamento e acompanhamento das atividades do residente ocorre de maneira falha e insuficiente, conforme descreve o entrevistado 13.

Fica meio isolado a tutoria com o serviço (...) o serviço, por exemplo, tem que desenvolver todas as atividades do serviço mais as atividades de ensino. Muitas vezes a tutoria acaba fazendo essas atividades de ensino e mandando para o serviço, para o serviço avaliar e fazer sugestões. Mas nunca ocorre esse encontro, seria interessante se o planejamento fosse junto. (Entrevistado 13)

Os processos de trabalho que envolvem a Atenção Primária de Saúde também trazem consigo particularidades no desenvolvimento do programa de RMS nesse cenário. No que concerne a estrutura física, não há nos Centros de Saúde locais e salas próprias para as atividades e

demandas dos residentes, que buscam revezar com outros profissionais a locação desses espaços disponíveis.

Na questão estrutural eu acho que é um problema porque a gente não tem nada garantido no Centro de Saúde. A gente tá inserido no serviço e tem que se adequar aquele serviço, por exemplo, a gente não tem uma sala da residência. A gente tem que ocupar a sala dos profissionais e dividir espaço com os próprios profissionais de lá. Então improvisamos mesa, armários, esse é o espaço físico da residência lá. (Entrevistado 2)

A ausência de recursos financeiros para as propostas pedagógicas dos residentes também interfere no processo de ensino-aprendizagem dos mesmos e dificultam a realização de propostas e ações de melhorias para a comunidade.

Recurso financeiro eu acho importante, principalmente para financiar cursos e seminários, trazer convidados, eventos mais pedagógicos. Isso a gente conseguiria ter feito muito mais se tivesse existido o recurso. Até o financiamento de projetos, porque o residente faz muita diferença na unidade de saúde, ele tem ideias brilhantes e as vezes essas ideias não conseguem ser colocadas em prática por limitação financeira. (Entrevistado 4)

Os profissionais preceptores são lotados na Prefeitura Municipal de Florianópolis, e algumas profissões envolvidas no programa de Residências Multiprofissionais são pertencentes ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Com isso, há divisão dos atendimentos nos Centros de Saúde que compõe seu distrito sanitário e os preceptores não estão diariamente com os residentes, que são alocados em um único Centro de Saúde. Essa ausência no cotidiano gera impactos na interação entre preceptor e residente, na sua inserção e participação nas atividades e na relação entre o tutor. A dificuldade de participação em capacitações do preceptor, decorrente da ausência de carga horária para o programa de RMS e supervisão do residente, também são colocados como fatores limitantes do processo, gerando limitações no entendimento da proposta do programa e função do residente dentro dos serviços.

Diversas vezes a gente pensava nisso, em quanto os preceptores poderiam ser capacitados, os professores da UFSC estavam lá disponíveis, mas a gente não tinha liberação, não se valoriza o papel do preceptor nesse nível. Nas oportunidades que foram dadas eu consegui participar. (Entrevistado 4)

Referente aos tutores, que como no contexto hospitalar são vinculados à UFSC, também há críticas quanto a interação do mesmo no local de inserção do residente, na sua interação com os profissionais e no cotidiano do programa. As horas disponibilizadas aos tutores pela Instituição são poucas, os docentes não são exclusivos do programa e há baixa adesão dos departamentos em cederem profissionais para a função de tutor. Considera-se em ambos pontos de atenção que o quadro de professores é insuficiente nos departamentos e há necessidade de participação e atividades nos âmbitos da graduação e outros cursos da pós-graduação. Assim, conforme a fala do entrevistado 3,

O que poderia ter mais eu acho é que os professores da UFSC não têm carga horária para coordenar, dar apoio aos preceptores, eles não tem muito tempo para a gente. Para nós preceptores e alunos, isso é uma coisa que prejudicava, podiam ter mais tempo para a residência. (Entrevistado 6)

Ainda como fator limitante, os entrevistados referem a distância na localização entre os Centros de Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina, considerando que o deslocamento deve ser realizado pelo tutor de forma particular.

Desse modo, os discursos apontam para a baixa institucionalização e reconhecimento do curso nos dois pontos de atenção estudados dentro da Universidade, se comparado aos cursos de mestrado e doutorado, bem como com a Residência Médica. Referem que tais cursos possuem maior reconhecimento e disponibilização de estrutura física e de recursos humanos do que a Residência Multiprofissional, o que impacta diretamente na organização das suas atividades e de recursos humanos.

Mas a COREMU dentro da Universidade ela nunca teve um apoio institucional para se organizar

enquanto um setor dentro da Universidade, ela não tem sala física, técnico administrativo que possa atender os residentes nas suas demandas emergenciais e necessárias, não tem estrutura de arquivo, de início e fechamento de processos definitivos. Então historicamente isso se construiu basicamente pelo entendimento que as residências, no meu ponto de vista, são tangenciais a Universidade. Elas não têm a importância dada a um programa de mestrado ou doutorado dentro da pós-graduação. Esse é um problema que eu vejo, a falta de institucionalização da COREMU e do programa dentro das instancias da Universidade. E isso traz uma dificuldade em agir muitas vezes sobre as demandas que são necessárias para o programa se gerir. (Entrevistado 8)

Dimensão Organizacional

A pouca inserção nos espaços da Política de Educação Permanente no Estado dos atores da Residência Multiprofissional em Saúde no espaço hospitalar, bem como o desenvolvimento de atividades conjuntas entre os atores também são fatores limitantes, considerando que o programa possui características de educação e mudança de processos de trabalho e aprendizagem.

O programa, vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina, oferta tutores dos departamentos envolvidos com o programa para a contribuição no processo de aprendizagem e formação dos residentes. Porém, essa oferta ocorre de maneira insuficiente e não possibilita acompanhamento e planejamento conjunto das atividades entre os atores.

Alguns estudos de caso há articulação, algumas atividades nas disciplinas que as vezes tem uma aproximação com tutor e preceptor, na reunião do GAP... Com certeza poderia ser melhor, as limitações são as funções de cada um. O tutor não está o tempo todo no HU e o preceptor acaba tendo suas atividades na instituição. Ai a disponibilidade de tempo faz com que essa aproximação fique mais frágil (Entrevistado 9)

Os elementos potencializadores da residência multiprofissional no contexto hospitalar evidenciam-se, conforme as entrevistadas, com as reuniões do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) e da Comissão de Residências Multiprofissionais (COREMU), com representatividade dos atores, datas e pautas definidas, além do acesso as atas aos envolvidos. Os estágios de alguns cursos da graduação dentro do Hospital Universitário que estão inseridos no programa fomentam o contato entre tutores e residentes, consolidando mais a relação e interação nas atividades entre os atores, conforma aponta entrevistado 9.

O Projeto Político Pedagógico, ainda que não seja apresentado formalmente para os envolvidos, refere todas as informações necessárias sobre a organização e proposta de condução do programa, estando disponibilizado no website a versão de 2011. Considerando que o PPP é o instrumento que demonstra toda a organização e proposta do programa, a sua não divulgação é um ponto negativo para a adoção do papel do preceptor e tutor.

Os elementos potencializadores da residência multiprofissional no contexto hospitalar evidenciam-se, conforme as entrevistadas, com as reuniões do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) e da Comissão de Residências Multiprofissionais (COREMU), com representatividade dos atores, datas e pautas definidas, além do acesso as atas aos envolvidos. Os estágios de alguns cursos da graduação dentro do Hospital Universitário que estão inseridos no programa fomentam o contato entre tutores e residentes, consolidando mais a relação e interação nas atividades entre os atores.

O Projeto Político Pedagógico, ainda que não seja apresentado formalmente para os envolvidos, refere todas as informações necessárias sobre a organização e proposta de condução do programa, estando disponibilizado no website a versão de 2011. Considerando que o PPP é o instrumento que demonstra toda a organização e proposta do programa, a sua não divulgação é um ponto negativo para a adoção do papel do preceptor e tutor.

Referente às disciplinas ofertadas, houve críticas quanto aos conteúdos ministrados e ao predomínio de docentes de algumas profissões na elaboração e condução das aulas, o que está intimamente ligado a baixa adesão dos departamentos da Universidade na condução do programa. Outro fator limitante é a ausência de avaliação pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde

(CNRMS), que gera o não fornecimento de certificação aos residentes egressos do programa, como descreve o entrevistado 3.

A nossa maior angústia hoje é a questão da certificação, isso gera angustia para quem tá entrando, para os egressos, para quem tá envolvido. Nenhuma residência no Brasil é certificada pelo MEC, ela é aprovada, funciona com aprovação do MEC dentro dos preceitos da CNRMS, porém não foram avaliadas. (Entrevistado 3)

Na composição do programa vinculada a atenção primária em saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, evidencia-se que o parâmetro observado se encontrou no limite para a classificação de implantado. Considera-se, para tal, a aproximação com a Política de Educação Permanente, devido aos preceptores serem profissionais do município e este possuir uma política interna de educação permanente, o que impacta no cotidiano profissional. Como ponto de fortalecimento, mesmo com a dificuldade de encontros entre preceptores e tutores, principalmente em decorrência da limitação de carga horária para ambos, são realizados mensalmente os planejamentos das atividades do residente, sendo pactuada com os três atores, chamada “Semana Típica”, que é passível de alterações conforme demanda. No que concerne a estruturação dos órgãos programa, as reuniões do NDAE (Momento Integrado Administrativo) e da COREMU ocorrem com cronograma definido, atas com acesso aos atores e pautas encaminhadas, descrito pelo entrevistado 1.

Nosso NDAE tem colegiado completo, tudo o que a gente tem que decidir é decidido nesse espaço, com a participação de residentes, preceptores e tutores (...) Agora, além dos preceptores que são nossos grandes parceiros, nós temos a participação do pessoal da Escola de Saúde Pública que existe na prefeitura. Então isso nos ajuda e ajuda nas decisões, porque não adianta o preceptor, tutor e residente, e até mesmo a coordenação decidirem se a parceira não autoriza ou não reconhece aquele planejamento como um planejamento válido e construído por todos. (Entrevistado 1)

O “Guia do Residente” é o instrumento entregue aos residentes na sua inserção ao programa e auxilia na compreensão das atividades, suas distribuições e objetivos. Os atores entrevistados consideram que o Projeto Político Pedagógico, ainda que o disponibilizado é da versão desatualizada datada de 2011, é executado integralmente, contendo também a distribuição de horas e sua organização. Assim como o programa vinculado ao HU, não há certificação e avaliação contínua dos órgãos nacionais responsáveis.

Dimensão Técnico Operacional

A organização e elaboração do processo seletivo para a inserção dos novos profissionais, tanto em âmbito hospitalar quanto na atenção básica, cumprem todas as exigências determinadas, como os critérios de seleção, provas, número de vagas, disponibilidade de conteúdo programático e critérios de desempate.

Os atores vinculados ao HU ressaltaram que algumas áreas de concentração do programa possuem os denominados “Momentos Integrados”, onde os residentes organizam temas para debate e discussão multiprofissionalmente. A importância desses momentos em serviço é evidenciada, já que são abordados temas que estão inseridos nos cotidianos profissionais e auxiliam na capacitação e formação contínua dos sujeitos, como informa o entrevistado 15.

(...) O que tem que junta as profissões, na verdade os residentes, é o momento integrado, que é quinzenalmente e eles tem 2h de espaço garantido dentro da prática profissional, do horário de trabalho, para refletir. É um momento que eles fazem mais de apresentação de tema, de discussão de algum caso. É difícil para o preceptor participar porque os residentes saem pontualmente para ir. (Entrevistado 15)

Há dificuldades em alguns núcleos profissionais em organizarem momentos teóricos, devido a carga horária dos tutores e/ou preceptores, como também localização do departamento da profissão ser em outro município.

O processo de avaliação do residente ao serviço, programa, preceptor e tutor também ocorre de maneira incipiente, considerando que

há um instrumento disponibilizado, mas pouco conhecimento dos residentes nesse instrumento e possibilidade de avaliação. Além disso, os entrevistados consideram que os Trabalhos de Conclusão da Residência (TCRs) não contribuem de maneira eficaz para a disseminação do programa.

No programa da Atenção Básica do município de Florianópolis, os momentos de integração entre as profissões também são vistos como espaços de formação contínua para os participantes, uma vez que são discutidos temas do cotidiano profissional. Além do matriciamento entre Equipe da Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), permitindo a comunicação entre ambas e a troca de saberes e conhecimentos interdisciplinares, além do direcionamento das ações de saúde que serão adotadas com os usuários.

Porém, a ausência de atividades entre todos os preceptores, tutores e residentes também é visto como uma limitação do programa, considerando que essas atividades propiciam uma interlocução maior as realidades dos diferentes Centros de Saúde a interação entre os atores – preceptores, tutores e residentes, o que é relatado pelo entrevistado 2.

A questão teórico-prática que poderia ser um pouco mais. Porque a gente tem encontro com tutores só uma vez ao mês, um período, e é um espaço muito curto porque a gente tem demandas do serviço, as vezes particulares, individuais que a gente tem que discutir nesse momento, mas também é o espaço para a gente discutir alguma demanda de conteúdo (...) Essas atividades é para ter participação dos preceptores, mas as vezes eles não tem liberação de carga horária, então não tem participação muito ativa. (...) Com os tutores a gente não tem essa interação, eles estão mais para questões burocráticas da residência, mas não acompanham nossas atividades, não estão no nosso dia-a-dia. (Entrevistado 2)

Segundo entrevistas, não há instrumento avaliativo que contemple a avaliação do residente para com preceptoria, tutoria, serviço e programa, apenas o espaço do NDAE que é considerado um instrumento de avaliação. Referente a disseminação da proposta do programa, há iniciativas de divulgação com os tutores nos seus espaços acadêmicos e

na divulgação nos Conselhos Profissionais. Os Trabalhos de Conclusão de Curso começaram a ser expostos na Biblioteca da Universidade e por vezes são usados em discussões do cotidiano profissional e regional.

Semelhanças entre os programas

A partir da pesquisa realizada e análise dos dados obtidos por diferentes instrumentos, ressalta-se a importância do programa para a formação profissional de todos os atores envolvidos, considerando a necessidade de mudança nos processos de trabalho com a inclusão de profissionais e suas demandas pedagógicas.

Visualiza-se fatores limitantes semelhantes no processo de implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde em ambos programas. Apesar de contextos estruturais e processos de trabalho diferentes – hospitalar e atenção básica – os dois programas apresentam dificuldade na participação de preceptores para elaboração, participação e supervisão de atividades teórico-práticas dos residentes, considerando o fluxo de atendimento para os usuários e da ausência de carga horária para tal finalidade.

A baixa institucionalização do programa dentro da Universidade Federal de Santa Catarina interfere diretamente na pouca adesão dos departamentos e conseqüentemente de tutores em ambos programas. A interação entre preceptores, tutores e residentes ocorre de forma fragmentada e incompleta, já que os tutores possuem poucas horas disponibilizadas para realizarem as atividades do programa e que são insuficientes para tal finalidade.

A ausência de recursos financeiros para elaboração e implantação de propostas dos residentes e manutenção das necessidades diárias do programa, como na aquisição de materiais de escritório, repasse de subsídio para palestrantes e participação em eventos científicos, também são citadas como limitantes em ambos cenários.

Ressalta-se também que as poucas iniciativas de capacitações – sejam elas disponibilizadas pelos diferentes setores envolvidos – repercutem no conhecimento do programa, seus pressupostos, finalidade e papel estudantil do residente pelos diferentes atores e locais de inserção, gerando tensionamentos diários.

A avaliação e certificação dos programas pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais demonstram grande limitação do

programa aos atores, principalmente pelos residentes, uma vez que não ocorreram. Assim, os programas não são reconhecidos e não possuem a avaliação como um processo contínuo de melhorias e adequações.

Como elementos semelhantes favoráveis aos programas estudados, citam-se as reuniões do NDAE e da COREMU, onde os entrevistados ressaltaram que possuem acesso as atas e pautas de discussão, além das datas pré-estabelecidas dos encontros. O Processo Seletivo é apresentado com todos os critérios e etapas de seleção, bem como distribuição das vagas e conteúdo programático para as provas escritas, com a participação de grupos de preceptores e tutores no seu desenvolvimento.

Os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) são disponibilizados nos websites dos programas, ainda que mantem a versão desatualizada, mas apresentam todos os objetivos, proposta metodológica e organização da matriz curricular, com fácil acesso a todos os envolvidos. As avaliações dos residentes ocorrem semestralmente, conforme solicitado na legislação, ainda que tal instrumento não englobe tópicos de avaliação dos residentes para com os outros atores.

Diferenças entre os programas

Como aspectos divergentes na implantação dos programas, podemos citar a disponibilização de estrutura física, considerando que o Hospital Universitário é próximo a Universidade Federal de Santa Catarina e com isso há maior aproximação com a estrutura desta IES e os Centros de Saúde que são locais de inserção dos residentes da Residência em Saúde da Família (REMULTISF) encontram-se mais afastados deste local. A participação dos preceptores também ocorre de forma distinta, uma vez que a rotina de alguns preceptores vinculados a REMULTISF não se encontra diariamente nos centros de saúde dos residentes, uma vez que são profissionais do NASF.

A aproximação com a Política de Educação Permanente do Estado ainda se dá de maneira incipiente nos dois programas. Porém, o município possui uma política própria de educação contínua para os servidores e pelo fato da REMULTISF estar inserida nos Centros de Saúde e ter atores vinculados ao município, essa aproximação ocorre de maneira mais frequente, ainda que não suficiente.

Ressalta-se também que, segundo os entrevistados, o programa vinculado ao HU possui atividades que propiciam o engajamento de todos os residentes, com estudos e discussões de caso, o que é ausente no

programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Ainda que seja escassa a participação de tutores e preceptores, esse espaço se configura como um importante instrumento multiprofissional.

O planejamento das atividades do residente em conjunto com tutoria e preceptoria ocorrendo de forma mais concreta na Residência Multiprofissional na Saúde da Família. Como citou-se anteriormente, os tutores vinculados ao HU expuseram dificuldades nesse processo, sendo que não ocorre em conjunto com os demais atores.

DISCUSSÃO

A pesquisa realizada e seus resultados trazem uma série de conceitos agregados ao programa de Residências Multiprofissionais em Saúde que vão ao encontro de estudos já realizados. Perego e Batista (2016) apontam que a proposta do programa em superar a fragmentação profissional do cuidado e propiciar um espaço de aprendizagens compartilhadas traz resultados positivos, mas encontra limites para sua concretização completa.

Evangelista et al. (2017) discorre acerca das potencialidades que o programa possui para promover mudança na prática dos serviços, visando fortalecer o trabalho em equipe com trocas de saberes entre as diferentes profissões. Estudos previamente realizados mostram que a inserção de profissionais residentes permite a adequação dos serviços nas necessidades dos usuários e contribuem para a formação contínua de todos os profissionais.

Assim, as mudanças nas práticas e processos de trabalho ocorrem não só na formação do profissional residente, mas também no serviço e espaços que as atividades se desenvolvem. Desse modo, espaços que são cenários de prática dos residentes demonstram ter potencial questionador da prática instituída, além de serem dispositivos importantes de educação permanente dos trabalhadores (SARMENTO et al, 2017).

Desse modo, as Residências Multiprofissionais em Saúde são consideradas como um importante instrumento de educação permanente, visando a formação dos trabalhadores de saúde e o trabalho coletivo em saúde. Deve ser visualizada dentro do contexto histórico que se desenvolve, sendo que atualmente, em tempos de desmonte do Sistema Único de Saúde, a realização do programa pode ocorrer de maneira fragmentada (SILVA, 2018).

Dimensão Estrutural

A expansão da oferta dos programas de RMS em âmbito nacional, conforme aponta Silva (2018), ocorre principalmente a partir de 2010, com a inclusão do MEC no aumento de número de vagas e programas vinculados a atenção hospitalar. Essa informação vai ao encontro do início das atividades no Hospital Universitário, em 2010, e na Atenção Básica, onde as atividades já estavam sendo desenvolvidas há um ano.

Beker et al. (2016) colocam que os egressos do programa citam a falta de estrutura para discussão e espaços teóricos são dificultadores para o exercício do programa de residências. Como também a ausência de capacitações dos tutores e o desconhecimento de outros profissionais da instituição na inserção do residente como profissional atrelado ao seu papel educativo e formativo, principalmente nos espaços da atenção básica em saúde.

Os desafios encontrados para a concretização e participação dos preceptores e tutores são identificados no estudo de Correio e Correio (2018). Como evidenciado nos programas estudados, as limitações nos espaços físicos disponibilizados para discussão e organização da equipe multiprofissional geram impactos no processo educativo e integrativo das profissões e no desenvolvimento do programa. A ausência dos preceptores e tutores, diante do quadro de horas e demandas assistenciais também dificultam a discussão de casos e temas específicos.

Ainda, de acordo com os atores, há a necessidade de especialização e qualificação contínua dos preceptores para assumirem as demandas e atividades do programa, principalmente com os residentes suprimindo necessidades profissionais da instituição. Filho et al (2016) demonstram a necessidade de carga horária disponível aos preceptores para a criação de vínculo com o residente, para o planejamento e execução das atividades de modo compartilhado e supervisionado.

O acúmulo de atividades assistenciais e de atendimentos para o profissional se configuram como limitantes no processo de ensino e aprendizagem dos residentes, bem como a ausência de remuneração financeira ou outra modalidade de gratificação e reconhecimento para os preceptores (SILVA, 2017). Desse modo, uma das estratégias para fortalecimento do programa seria o investimento em capacitações, formação e valorização dos profissionais preceptores, além do papel de liderança na condução das atividades e ações (ARRUDA et al, 2017).

Arruda et al. (2016) traz também que o cenário dos serviços de saúde interfere diretamente nas atividades de preceptorias, principalmente com contratos temporários dos preceptores, vínculos precários, insatisfação e acúmulo de jornadas de trabalho em outros locais. Assim, há limitações quanto ao papel do preceptor na execução do processo de aprendizagem do residente.

Dimensão Organizacional

A dificuldade de planejamento de ações e atividades do programa apresentados na pesquisa são relatados em outros estudos. Matos (2016) refere que os residentes entrevistados salientaram a dificuldade do planejamento principalmente nos serviços de atenção primária em saúde, além da falta de comunicação entre os profissionais, gerando impactos no desenvolvimento do programa dentro desse serviço.

Além disso, também referem falhas no processo de aulas teóricas, principalmente nos conteúdos apresentados e metodologias utilizadas que muitas vezes não abarcam a multiprofissionalidade que deve estar presente no programa (Matos, 2016). Desse modo, os aprendizados são firmados no cotidiano profissional e não nos temas e conteúdos abordados teoricamente.

A ausência de certificação se apresenta como um dos principais desafios aos residentes, decorrente da dificuldade de reconhecimento das atividades do programa em outros espaços de trabalho. Sassi e Machado (2017) apontam que juntamente com a certificação, fatores como a carga horária extensa e a dificuldade de reinserção no Sistema Único de Saúde após o término do programa são reconhecidos como limitantes para os profissionais de saúde residentes.

Dimensão Técnico-Operacional

No que refere a excessiva carga horária e preocupação com a saúde física e mental dos residentes, os estudos corroboram para os relatos dos entrevistados que apresentam a necessidade de acompanhamento psicológico e médico a esses atores. Cavalcanti et al. (2018) afirma que fatores como a baixa experiência profissional, a excessiva carga horária semanal e a dupla jornada de estudante e trabalhador podem gerar adoecimento aos residentes dos diferentes núcleos profissionais. No seu

estudo, 75% dos participantes apresentaram Síndrome de Bournout, com sintomas como exaustão emocional, baixa realização do trabalho e depressão nos diferentes níveis. Essa incidência é gradativa, aumentando ao longo dos dois anos e intensificando-se no período final do programa, com a inserção no mercado de trabalho.

Assim, tal modalidade apresenta um conflito no que se refere ao seu objetivo e método de atividades perpassadas na legislação vigente. Se, por um lado, caracteriza um programa de educação em serviço, pautado na integralidade e interdisciplinaridade, por outro cria uma carga horária exaustiva que geram precarização e exploração do trabalho (SILVA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado considera que ambos programas estão parcialmente implantados, conforme o grau de implantação proposto. Os menores resultados observados foram na dimensão estrutural, principalmente pela ausência de espaços adequados para as atividades, de editais para abrangerem as necessidades financeiras do programa e de seus atores e de capacitações contínuas para preceptores e tutores. Além disso, evidenciou-se a dificuldade de interação e disponibilidade desses atores no que concerne ao desenvolvimento e acompanhamento das atividades dos residentes, considerando a baixa adesão dos departamentos envolvidos no programa em ceder tutores.

As limitações estruturais e contextuais que envolvem a elaboração e condução do programa impactam diretamente no processo de formação dos atores. Segundo os entrevistados, a carga horária extensa ao residente interfere diretamente no seu processo de formação, além de impactos nos âmbitos psicológicos e físicos dos mesmos. Também se faz necessário a maior atuação dos preceptores, tutores, bem como disponibilidade de carga horária aos mesmos para as atividades do programa, além de mecanismos estruturais e financeiros que possibilitem a realização das atividades condizentes ao objetivo do programa.

Enumera-se as limitações no que competem o constrangimento do profissional de saúde e atores envolvidos em relatarem as situações de desafios, bem como suas perspectivas nesse processo. As entrevistas ocorreram no local de trabalho, o que necessitou uma organização de espaço físico para a realização das mesmas em ambiente sigiloso.

Ressalta-se que a pesquisa evidenciou o potencial que as Residências Multiprofissionais em Saúde apresentam na formação de

profissionais residentes, tutores e preceptores. A atuação desses atores possibilita que os serviços de saúde repensem e remanejem suas práticas profissionais, principalmente com a atuação dos docentes vinculados as Instituições de Ensino Superior, já que buscam a articulação entre teoria e prática, qualificando as ações em saúde baseadas em subsídios teóricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNEMANN, Cristiane Trevisol. *Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: um estudo apreciativo*. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de Residência Multiprofissional em Saúde da família. *Interface – comunicação, saúde e educação*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1309-1323, 2017.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. Educação interprofissional na pós graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissional em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, dez. 2016.

BEKER, Karine Kyomi et al. Atuação como apoiadores em saúde: reflexões sobre a formação na residência multiprofissional. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 151-169, dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4° ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. *Lei nº8.080*, 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.

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

_____. *Lei nº11.129*, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em área profissional de saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

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

CARVALHO, Thalyta Gleyane Silva de et al. Percepção dos profissionais de saúde de atenção primária sobre educação permanente em saúde. *Sanare – Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v. 15, n. 2, p. 94-103, jun-dez 2016.

CAVALCANTI, Ismar Lima et al. Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 185-196, 2018.

CLOSS, Thaísa Teixeira. *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?* 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CORREIO, Natália Goncalves Mateus; CORREIO, Daniel Aragão Machado. A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 593-598, abr-jun. 2018.

EVANGELISTA, Solange Castro et al. Percurso das ações de promoção na saúde na Residência multiprofissional: análise a luz de um referencial

européu. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 69-82, dez. 2016.

FILHO, Enildo José dos Santos et al. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 129-149, dez. 2016.

GOMES, Eliza Regina et al. Psicólogos na Residência Multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 271-282, mai-ago. 2017.

MATOS, Tania Maria Cappi. *Ideologia que permeia a prática de educação permanente por tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde*. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Jordania Ferreira Mesquita de et al. Educação permanente em saúde como estratégia balizadora do processo de formação em saúde: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da família e comunidade da UESPI. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 171-186, dez. 2016.

OLSCHOWSKY, Agnes. *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”*. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. *Revista Interface comunicação, saúde e educação*, v. 13, n. 30, p.121-134, jul-set. 2009.

PEREGO, Maira Gabriela; BATISTA, Nildo Alves. Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde. *Revista Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 39-51, dez. 2016.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. *Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em*

Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

SARMENTO, Lidiane de Freitas et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, abr-jun. 2017.

SASSI, Marcelo Machado; MACHADO, Rosana Ramos. Residência Multiprofissional em urgência e emergência: a visão do profissional residente. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 11, n. 2, p. 785-791, fev. 2017.

SILVA, Verônica Caé da. *Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional em saúde*. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan-abr. 2018.

8. CONCLUSÃO

A avaliação proposta e a pesquisa realizada possibilitaram o posicionamento acerca da influência do contexto sobre a forma de intervenção. A elaboração dos modelos lógicos e teóricos permitiu o conhecimento acerca do funcionamento do programa e seus componentes essenciais, bem como a matriz de análise e julgamento identificou o desempenho de cada dimensão (estrutural, organizacional e técnico-operacional).

Com a possibilidade de avaliação das Residências Multiprofissionais em Saúde, o modelo avaliativo permitiu identificar que as atividades propostas no programa são pertinentes para atingir os objetivos necessários. A partir do grau de implantação dos programas, os mesmos se configuram como importantes instrumentos de educação permanente para os envolvidos, auxiliando na formação profissional de todos os atores com a necessidade de mudança nos processos de trabalho a partir da inclusão de novos profissionais nas áreas prioritárias de atendimento.

Ambos programas estudados apresentam potencialidades no que concerne a organização dos órgãos previstos nas legislações – NDAE e COREMU – e nos projetos políticos pedagógicos, que apresentam os objetivos, proposta metodológica e organização da matriz curricular, ainda que estejam disponíveis online as versões desatualizadas.

Os resultados obtidos apontam para necessidades comuns aos programas que perpassam as dimensões citadas, apesar de se realizem em diferentes cenários de atenção, com distintas rotinas e processos de trabalho. Dentre elas, a dificuldade de participação dos preceptores na elaboração, participação e supervisão das atividades teórico-práticas dos residentes e a interação desses atores com os tutores da Universidade Federal de Santa Catarina, que não são exclusivos para o programa. Bem como limitações na oferta de capacitações aos envolvidos, que demonstram a dificuldade de entendimento da finalidade do programa e da função do residente nos espaços de saúde. A ausência de recursos financeiros para subsidiarem outras atividades dos residentes também interferem diretamente no direcionamento das ações dos mesmos. Um dos pontos mais levantados nas entrevistas, a ausência de certificação dos programas pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais, é reconhecido como limitante no processo de avaliação contínuo e melhorias nesses espaços.

Salienta-se, no entanto, que os resultados obtidos nesta pesquisa não devem ser reproduzidos para outros programas, considerando as características particulares de cada um deles, mas o modelo avaliativo pode ser replicado em outros contextos. A produção de conhecimento na área possibilita a contínua melhoria na qualidade dos serviços ofertados aos usuários, tendo como intercessores os profissionais que atuam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alva Helena de. *Educação em Saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem no estado de São Paulo*. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALVES, Claudia Cristina et al. Experience report of dietitians working in multidisciplinary health residency. *Revista de Nutrição*, v. 29, n. 4, p. 597-608, 2016.

ARAÚJO, Maria José de. *Política de Educação Permanente: uma análise da implementação no distrito sanitário III*. 2011. Monografia (Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Revista Interface Botucatu*, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

AUTÔNOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura. *A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

AVELLAR, William de Oliveira. *O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: limites e possibilidades frente às políticas de inovação em saúde*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

BEZERRA, Tereza Cristina Alves et al. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab. educ. saúde*, v. 14, n. 2, p.445-472, 2016.

BONES, Ana Amélia Nascimento da Silva et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. *Rev ABCS Health Sciences*. v. 40, n. 3, p. 343-347, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4º ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. *Lei nº8.080*, 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.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial Nº 2.087*, de 1º de Setembro de 2001. Institui o programa de valorização do profissional da atenção básica. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

_____. Presidência da República. *Lei nº11.129*, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial Nº 2.117*, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial Nº 1.111*, de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implantação e a execução do programa de bolsas para a educação pelo trabalho. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em*

Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Presidência da República. *Portaria interministerial MEC/MS nº45*, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº1.996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

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

_____. Secretaria de Educação Superior. *Resolução CNRMS Nº 2*, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.

_____. Presidência da República. *Lei Nº12.871*, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa Mais Médicos.

_____. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: jun. 2017.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BROUSSELLE, Astrid et al. *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar,

refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, 2009.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lídio Ruiz. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva. *Saúde Debate*, v. 23, n. 1, p.30-56, 2001.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare enfermagem*, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 592-595, 2013.

CLOSS, Thaísa Teixeira. *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?* 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

COTRIM-GUIMARÃES, Iza Manuella Aires. *Programa de Educação Permanente e Continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições.* 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

DEMARCO, Egidio Antonio. *Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência.* 2011. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DIAS, Ieda Maria Ávila Vargas et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde debate*. v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brigida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.

Faculdade de Ciências Agronômicas UNESP. *Tipos de revisão de literatura*. Biblioteca Professor Paulo de Carvalho Mattos, Campus de Botucatu, 2015. Disponível em:

<<http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>>. Acesso em: out. 2018.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: sinônimos ou diferentes concepções? In: *Revista APS*, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul./dez. 2003.

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 90-97, dez. 2015.

FERREIRA, Silvia Regina. *Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de Ensino e Serviço*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FIORANO, Ana Maria Marcodes; GUARNIERI, Ana Paula. Residência Multiprofissional em Saúde: tem valido a pena? *Revista ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, p. 366-369, 2015.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Emanuel Cristiano de Souza. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. *Revista katálysis*, v. 19, n. 2, p. 281-288, 2016.

GOLDENBERG, Paulete; SARAVALLE, Daniela Vieira Nadir. Educação e Saúde: em direção à construção de novas vivências. In: Gilberto Tadeu Reis Da Silva. (Org.). *Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação*. 1a ed. São Paulo: Martinari, 2013. p. 17-28.

GOULART, Carolina Tonini et al. Perfil Sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 1, p. 178-186, 2012.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, dez. 2012.

HADDAD, Jorge et al. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. *Educacion Médica y Salud*, v. 24, n. 2, p. 136 - 204, abr/jun 1990.

KEISER, Dagmar Elaine; SERBIM, Andreivna Kharenine. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem.*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 633-640, dez. 2009.

LEITHWOOD, Kenneth A.; MONTGOMERY, Deborah J. Evaluating program implementation. *Evaluation Review*, v. 4, n. 2, p. 193-214, 1980.

LIMA, Mônica; SANTOS, Livia. Formación de Psicólogos en residencia multiprofesional: transdisciplinariedad, núcleo profesional y saludmental. *Psicol. cienc. prof.* v. 32, n. 1, p.126-141, 2012.

LOPES, Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MAIA, Ludmila Grego. *Atividades educativas na rede de saúde na perspectiva da política nacional de educação permanente*. 2014. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

MELO, Myllena Cândida de; QUELUCI, Gisella de Carvalho; GOUVÊA, Mônica Villela. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 706-714, ago. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 34a ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: Considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p.435-439, out-dez. 2006.

NETO, Manoel Vieira de Miranda; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015.

OLIVEIRA, Filipe Guterres Venancio Costa de et al. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface (Botucatu)*. v. 17, n. 44, p. 201-210, 2013.

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem *Aquichan*, Colômbia, v. 11, n. 1, p. 48-65, abr. 2011.

OLSCHOWSKY, Agnes. *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”*. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. *Revista Interface comunicação, saúde e educação*, v. 13, n. 30, p.121-134, jul-set. 2009.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 637-660, 2016.

SANCHES, Vinícius Santos et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. *Revista brasileira de educação médica*, v. 40, n. 3, p. 430-436, 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina 2011-2015*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2010.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. *Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em*

Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

SANTOS, Keite Helen dos et al. O trabalho de profissionais na residência multiprofissional em saúde. *Rev. APS*, v. 19, n. 3, p. 495-499, 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHMITZ, Carlos André Aita. *Decifra-me e devoro-te: a história de como nasceu e morreu a idéia de uma residência integrada em saúde no interior do estado*. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes et al. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Zulmira Maria de Araújo Hartz e Lígia Maria Vieira da Silva. *Avaliação em Saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-102.

SILVA, Jaqueline Callegari et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta paul. enferm.*, v. 28, n. 2, p. 132-138, 2015.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; LEITE, Marinês Tambara; PINNO, Camila. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trab. educ. saúde*, v. 12, n. 2, p. 403-424, 2014.

SILVEIRA, Luiz Henrique Alves da. *Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde referente ao contrato didático*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SONZOGNO, Maria Cecília; RUIZ-MORENO, Lídio; ABENSUR, Patricia. Educação e Saúde: implicações teórico-metodológicas. In: Gilberto Tadeu Reis Da Silva. (Org.). *Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação*. 1a ed. São Paulo: Martinari, 2013, p. 01-16.

THURSTON Wilfreda E.; RAMALIU, Anila. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que está vinculada a uma dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulada **“RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”**. Os pesquisadores envolvidos com esse estudo são: Lais Santos Silva (Mestranda em Saúde Coletiva) e Sônia Natal (docente da UFSC).

Você foi selecionado (a) por ser referência no campo de conhecimento do programa e/ou está inserido diretamente na condução do mesmo. Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Essa pesquisa tem como objetivo aplicar um modelo avaliativo para determinar o grau de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde. Em revisão da literatura preliminar foi possível identificar a existência de diversas concepções do programa. Por isso, optou-se por realizar inicialmente uma etapa de entrevista com especialistas no tema, a fim de compreender o funcionamento e desenvolvimento do programa.

As informações coletadas a partir das entrevistas serão analisadas e posteriormente confrontadas com a literatura, com o intuito de construir e identificar os componentes para a avaliação desse objeto de estudo. Ao final será elaborado um modelo avaliativo das Residências Multiprofissionais em Saúde, que será validado em uma oficina de

consenso junto à experts. Trata-se de uma pesquisa estabelecida na abordagem qualitativa, a qual exige enquanto coleta de dados a entrevista com especialistas, utilizando um gravador para registro das informações, sem nenhuma despesa para você.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, pois a entrevista exigirá apenas a emissão de opiniões e percepções sobre uma temática específica, entretanto é importante colocar que pode haver algum desconforto quanto às questões profissionais levantadas, cansaço ou constrangimento para responder a pesquisa, e, trazer à memória experiências ou situações vividas que lhe causem desconforto durante a gravação de áudio. Sua privacidade e o sigilo das informações serão preservados em todas as fases da pesquisa por meio de adequada codificação dos instrumentos de coleta e análise de dados. Nenhum nome e identificação de pessoas interessam a esse estudo e apenas os membros da equipe de pesquisa terão acesso aos dados e estes se comprometem a garantir o sigilo e a privacidade dos participantes e fazer tudo que tiver ao seu alcance para mantê-lo. Caso você venha a sofrer algum dano comprovadamente em decorrência do estudo, você poderá ser indenizado conforme Resolução CNS 466/12.

Para minimizar esses possíveis desconfortos a entrevista será realizada em ambiente favorável, em dia e horário mais conveniente para o participante, em uma sala fechada, com a presença apenas do entrevistado e do entrevistador. Além disso, a qualquer momento da realização desse estudo, o (a) senhor (a) e/ou os estabelecimentos envolvidos poderão receber esclarecimentos adicionais que julgarem necessários por e-mail ou telefone e poderão recusar a participar ou retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo.

Os benefícios e vantagens em participar desse estudo serão: a) o levantamento de informações sobre o programa de Residências Multiprofissionais em Saúde, b) possibilidade de revelar possíveis indicadores importantes para a avaliação deste programa. Os pesquisadores declaram que as exigências da Resolução nº 466/12 serão cumpridas integralmente, bem como todas as recomendações. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação científica serão usados para fins acadêmico-científicos e inutilizados após a fase de análise dos dados e apresentação dos resultados finais na forma de artigo científico. Solicitamos autorização para gravação das entrevistas e o uso dos dados

para a produção de dissertação e artigos científicos. É importante saber que os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas na área de saúde coletiva, quando serão mostrados apenas os resultados gerais, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

A sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você, assim como não haverá o pagamento de nenhum valor financeiro em troca da sua participação, que é voluntária. No entanto, caso venha a ser comprovado algum prejuízo ou eventual dano decorrente da sua participação, você poderá ser ressarcido ou indenizado pelos pesquisadores, mediante trâmites legais e Resolução CNS 466/12. Após o final da pesquisa os pesquisadores assumem o compromisso de agendar uma nova conversa com o entrevistado e apresentar um resumo dos principais resultados do estudo, a fim de que esses possam contribuir com sua atuação profissional.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, que é um órgão colegiado deliberativo, consultivo, interdisciplinar e educativo, que defende os interesses dos participantes de pesquisas e que visa contribuir no desenvolvimento de pesquisas dentro de padrões éticos. Desse modo, atende a Resolução CONEP 466/2012 e suas complementares e os pesquisadores comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução CONEP 466/2012. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, que serão assinadas pelo entrevistado e também rubricadas e assinadas pela pesquisadora, sendo que uma delas ficará em poder da pesquisadora e outra com o sujeito participante da pesquisa. Os pesquisadores ressaltam que esse consentimento pode ser retirado em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ao participante.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, impresso em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento, inclusive posteriormente a finalização das etapas descritas. Este documento está sendo entregue em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha.

Agradecemos a sua participação.

Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara)

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, prédio Reitoria II - Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone para contato: (48) 3721-6094

Contatos da pesquisadora responsável:

Sônia Natal - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis/SC, telefone (048) 3721-9388 ou (48) 98863-6090, e-mail: sonianatal2010@gmail.com

Assinatura do Pesquisador: _____

Contatos da pesquisadora assistente:

Lais Santos Silva - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis/SC, telefone (48) 9 9958-7462. Email: laissantos.silva@outlook.com

Assinatura do Pesquisador: _____

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto, seus objetivos, riscos e benefícios da minha participação e fui esclarecido de que todos os dados a meu respeito serão sigilosos e posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Assinatura do participante: _____

Florianópolis, ____/____/2018.

APÊNDICE B – Termo de autorização para gravação de voz**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **“RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, as pesquisadoras Lais Santos Silva e Sônia Natal a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: artigos e apresentações em revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa, Sônia Natal, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Florianópolis, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável

APÊNDICE C – Roteiro de entrevistas

COORDENADORES

- O programa de Residência Multiprofissional recebe financiamento direto para a execução de suas atividades? De que forma esses recursos são empregados? São suficientes?
- Há/houve credenciamento de projetos dos quais o Programa foi contemplado?
- Houve ampliação de vagas nos últimos anos?
- Qual a periodicidade das reuniões dos órgãos NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) e COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional)?
 - Há a participação de representantes de tutores, residentes, preceptores e coordenação?
 - As decisões são tomadas de maneira conjunta entre tais representantes?
 - As atas das reuniões são disponibilizadas publicamente?
- Houve a apresentação do Projeto Político Pedagógico do programa no seu ingresso a RMS?
 - O Projeto Político Pedagógico passa por revisões? Qual a periodicidade?
- A Matriz curricular obedece a carga horária exigida?
 - Há disciplinas ofertadas comuns para todos os núcleos profissionais.
 - Há atividades didáticas comuns para todos os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?

- Há atividades didáticas comuns para as áreas de concentração envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- Há atividades didáticas específicas para os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- Há disciplinas ofertadas comuns para todos os núcleos profissionais.
 - Há atividades didáticas comuns para todos os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
 - Há atividades didáticas comuns para as áreas de concentração envolvendo preceptores, tutores e residentes?
 - Há atividades didáticas específicas para os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- A avaliação ocorre semestralmente com a presença do preceptor, tutor e residente? O instrumento é aprovado por todos os envolvidos?
- Há metodologia de auto avaliação do programa com os atores envolvidos? Qual a periodicidade?
- Como são organizados os critérios de seleção para a organização e elaboração do Processo Seletivo? De que forma é a participação dos atores nesse processo?

TUTORES

- Os recursos disponíveis ao programa de Residência Multiprofissional são, no seu ponto de vista, suficientes para suprir as necessidades do programa?
- Possui experiência profissional como residente e/ou em locais com integração de mais de três profissões?
- Participa do planejamento das atividades do residente juntamente com os serviços?

- Possui quantos residentes sob sua supervisão?
- Participa das capacitações ofertadas pela Instituição acerca da residência?
- Qual a periodicidade das reuniões dos órgãos NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) e COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional)?
 - Há a participação de representantes de tutores, residentes, preceptores e coordenação?
 - As decisões são tomadas de maneira conjunta entre tais representantes?
 - As atas das reuniões são disponibilizadas publicamente?
- Houve a apresentação do Projeto Político Pedagógico do programa no seu ingresso a RMS?
- A Matriz curricular obedece a carga horária exigida?
 - Há disciplinas ofertadas comuns para todos os núcleos profissionais.
 - Há atividades didáticas comuns para todos os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
 - Há atividades didáticas comuns para as áreas de concentração envolvendo preceptores, tutores e residentes?
 - Há atividades didáticas específicas para os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- A avaliação ocorre semestralmente com a presença do preceptor, tutor e residente? O instrumento é aprovado por todos os envolvidos?
- Há divulgação do programa das RMS nos espaços das IES?

- Referente ao TCR, é utilizado como instrumento de disseminação do programa?

PRECEPTORES

- Os recursos disponíveis ao programa de Residência Multiprofissional são, no seu ponto de vista, suficientes para suprir as necessidades do programa?
- Possui experiência prévia como residente?
- Possui quanto tempo de serviço em locais com integração de mais de três profissões?
- Participa das capacitações ofertadas pela Instituição acerca da residência?
- Participa anualmente das capacitações ofertadas pelo Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação acerca da residência?
- Qual a periodicidade das reuniões dos órgãos NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) e COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional)?
 - Há a participação de representantes de tutores, residentes, preceptores e coordenação?
 - As decisões são tomadas de maneira conjunta entre tais representantes?
 - As atas das reuniões são disponibilizadas publicamente?
- Houve a apresentação do Plano Pedagógico do programa no seu ingresso a RMS?
- A Matriz curricular obedece a carga horária exigida?

- Há disciplinas ofertadas comuns para todos os núcleos profissionais.
- Há atividades didáticas comuns para todos os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- Há atividades didáticas comuns para as áreas de concentração envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- Há atividades didáticas específicas para os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- A avaliação ocorre semestralmente com a presença do preceptor, tutor e residente? O instrumento é aprovado por todos os envolvidos?

RESIDENTES

- Os recursos financeiros disponíveis ao Programa de Residência Multiprofissional cobrem as necessidades acadêmicas do residente?
- Qual a periodicidade das reuniões dos órgãos NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) e COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional)?
 - Há a participação de representantes de tutores, residentes, preceptores e coordenação?
 - As decisões são tomadas de maneira conjunta entre tais representantes?
 - As atas das reuniões são disponibilizadas publicamente?
- Houve a apresentação do Plano Pedagógico do programa no seu ingresso a RMS?
- A Matriz curricular obedece a carga horária exigida?

- Há disciplinas ofertadas comuns para todos os núcleos profissionais.
- Há atividades didáticas comuns para todos os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- Há atividades didáticas comuns para as áreas de concentração envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- Há atividades didáticas específicas para os núcleos profissionais envolvendo preceptores, tutores e residentes?
- A avaliação ocorre semestralmente com a presença do preceptor, tutor e residente? O instrumento é aprovado por todos os envolvidos?
 - Há avaliação do residente para com o preceptor?
 - Há avaliação do residente para com o tutor?
 - Há avaliação do residente para com o serviço?
 - Há avaliação do residente para com o programa?

GESTORES

- Quantas residências multiprofissionais existem no município de Florianópolis e no Estado de Santa Catarina?
- Qual a integração entre a Política de Educação Permanente e seus órgãos (Colegiados de Gestão Regional e Comissão de Integração Ensino-Serviço) com as Residências Multiprofissionais em Saúde? Tem participação dos atores das RMS nesses órgãos?
- Qual a articulação entre a UFSC, instituição que conduz as RMS em atenção básica e hospitalar – e a Secretaria Municipal de Saúde?

- Quais as dificuldades nessa articulação?
- Quais sugestões para superação das dificuldades?
- Qual o papel desempenhado dos órgãos da Política de Educação Permanente estadual/regional dentro desses programas?
- Qual a contribuição que vocês veem na Residência Multiprofissional dentro da Política de Educação Permanente?