

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

SILVIA REGINA FERREIRA

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE:
UMA MODALIDADE DE ENSINO EM SERVIÇO

Porto Alegre

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SILVIA REGINA FERREIRA

**RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE:
UMA MODALIDADE DE ENSINO EM SERVIÇO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2007

F383r Ferreira, Silvia Regina

Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço/ Silvia Regina Ferreira ; orient. Agnes Olschowsky. – Porto Alegre, 2008.

117 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Internato e residência. 2. Prática profissional. 3. Avaliação educacional. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Relações interprofissionais. 6. Serviços de saúde. 7. Educação. I. Olschowsky, Agnes. II. Título. Limites para indexação: Humano.

LHSN – 317

NLM – WY 18.5

Catálogo pela Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS
Bibliotecária responsável: Michele Dias Medeiros CRB-10/1575

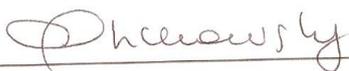
SILVIA REGINA FERREIRA

**RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: UMA MODALIDADE DE ENSINO
EM SERVIÇO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de Novembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA



Profa Dra. Agnes Olschowsky
Presidente da Banca – Orientadora
Escola de Enfermagem – UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel
Membro da banca
EEnf/UFRGS



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Membro da banca
EEnf/UFRGS



Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
Membro externo da banca
EDU/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades e por iluminar e proteger os meus caminhos.

À minha orientadora, pela compreensão das limitações que apresentei durante esse período e pelos ensinamentos que foram muito valiosos.

Ao programa de Pós-Graduação da UFRGS, por apostar no meu potencial e acolher a minha proposta de dissertação de mestrado.

A todas as professoras da EEUFRGS, pela possibilidade de ampliar os meus conhecimentos durante as aulas do mestrado.

Aos professores que participaram da minha banca, pelo tempo disponibilizado ao meu trabalho, pelo respeito que tiveram à minha produção e pelas valiosas sugestões.

Às Residentes da ênfase em intensivismo da Residência Integrada em Saúde, pela disponibilidade e grande participação que tiveram nesta avaliação.

Aos meus colegas de trabalho e chefias, pela possibilidade de flexibilização do meu horário de trabalho para conciliar com as atividades do mestrado.

Às minhas filhas, pelo tempo que foram privadas do meu cuidado durante esta trajetória.

A todas pessoas que de alguma forma contribuíram para que eu concretizasse essa caminhada.

RESUMO

A legalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual preconiza uma visão ampliada de saúde, os setores da saúde e educação apontam para a necessidade de uma reforma na formação profissional. A Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de educação em serviço que objetiva especializar profissionais das diversas categorias desta área para atuarem em equipe, segundo os princípios do SUS. Esta dissertação tem a finalidade de contribuir para a reflexão sobre a formação de trabalhadores da área da saúde, através de uma pesquisa tipo Estudo de Caso sobre a RIS a partir da área de ênfase em intensivismo do GHC. Trata-se de uma abordagem qualitativa, descritiva, analítica que utiliza etapas da Avaliação de Quarta Geração. Os participantes deste estudo foram o grupo de interesse composto pelos residentes dessa área de ênfase. Para analisar as informações foi utilizada a análise proposta por Minayo. Os resultados desta pesquisa mostraram que a proposta da RIS é especializar profissionais da área da saúde para agirem em equipe interdisciplinar, visando formá-los com base em um perfil adequado a atuar no SUS para além da qualificação técnica curativa. A RIS diferencia-se das outras residências por ter como proposta a integração das diferentes áreas de conhecimento. Essa modalidade de ensino em serviço, em algum grau, tem atingido seus objetivos, porém ela tem apresentado dificuldades relacionadas à falta de conhecimento da proposta, à organização e estrutura dessa formação. As atividades interdisciplinares não estão dadas, assim como a metodologia problematizadora preconizada por esse programa leva a uma contínua reformulação das atividades para atingir os objetivos da formação. Esse caráter dinâmico pode dar um aspecto de desordem ao processo, todavia foi percebido que a proposta está continuamente sendo avaliada, reformulada e tem apresentado mudanças e crescimento em relação à sua criação.

Descritores: Internato e residência. Prática profissional. Relações interprofissionais. Serviços de saúde. Recursos Humanos em saúde. Educação.

Limites: Humanos.

ABSTRACT

With the legalized Brazilian Health System (SUS-Sistema Único de Saúde), which advocates a broader view of health, the health and education sectors indicate the need to remodel professional training. Integrated Health Residency (RIS-Residência Integrada em Saúde) is a modality of on-the-job training aiming at specializing professionals of different categories in this field to work as a team according to the SUS principles. The purpose of this thesis is to contribute to thinking about health care worker training, by performing a Case Study-type research on RIS based on an emphasis on intensive care at GHC. This is a qualitative, descriptive, analytical approach that uses stages of the Fourth Generation Evaluation. The participants in this study were the group of interest constituted by residents in this particular field. The method proposed by Minayo was used to analyse this information. The results of this research showed that the RIS proposal is to specialize health care professionals to work in a crossdisciplinary team, with a view to training them based on a profile appropriate to work at SUS beyond the curative technical qualification. RIS is different from other residencies because it proposes to integrate different fields of knowledge. This modality of on-the-job training has achieved its aims to some degree, but it has presented problems involving lack of knowledge about the proposal, the organization and structure of this training. Crossdisciplinary activities are not given, and the problematizing methodology advocated by this program leads to the continuous reformulation of activities to achieve the training objectives. This dynamic character could give the process a disorganized look, but it was noted that the proposal is continuously evaluated and reformulated, and it has presented changes and growth compared to when it was created.

Descriptors: Internship and Residency. Professional Practice. Interprofessional Relations. Health Services. Human resources in health. Education.

Limits: Human.

RESUMEN

La legalización del Sistema Único de Salud (SUS), lo cual preconiza una visión ampliada de salud, los sectores de la salud y educación apuntan para la necesidad de una reforma en la formación profesional. La Residencia Integrada en Salud (RIS) es una modalidad de educación en servicio que objetiva especializar profesionales de las diversas categorías de esta área para que actúen en equipo, según los principios del SUS. Esta disertación tiene la finalidad de contribuir para la reflexión sobre la formación de trabajadores del área de la salud, a través de una pesquisa tipo Estudio de Caso sobre la RIS a partir del área de énfasis en intensivismo del GHC. Se trata de un abordaje cualitativo, descriptivo, analítico que utiliza etapas de la Evaluación de Cuarta Generación. Los participantes de este estudio fueron el grupo de interés compuesto por los residentes de esa área de énfasis. Para analizar las informaciones fue utilizado el análisis propuesto por Minayo. Los resultados de esta pesquisa mostraron que la propuesta de la RIS es especializar profesionales del área de la salud para que obren en equipo interdisciplinar, visando formarlos con base en un perfil adecuado a actuar en el SUS para el más allá de la cualificación técnica curativa. La RIS se diferencia de las otras residencias por tener como propuesta la integración de las diferentes áreas de conocimiento. Esa modalidad de enseñanza en servicio, en algún grado, tiene atingido sus objetivos, sin embargo ella tiene presentado dificultades relacionadas a la falta de conocimiento de la propuesta, a la organización y estructura de esa formación. Las actividades interdisciplinarias no están dadas, así como la metodología problematizadora preconizada por ese programa lleva a una continua reformulación de las actividades para atingir los objetivos de la formación. Ese carácter dinámico puede dar un aspecto de desorden al proceso, sin embargo fue percibido que la propuesta está continuamente siendo evaluada, reformulada y tiene presentado cambios y crecimiento en relación a su crianza.

Descriptor: Internado y residencia. Práctica profesional. Relaciones interprofesionales. Servicios de salud. Recursos Humanos en salud. Educación.

Límites: Humanos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVO	18
3	RESIDÊNCIA: UMA MODALIDADE DE ENSINO.....	19
4	METODOLOGIA	28
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2	LOCAL DE ESTUDO	31
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	31
4.4	COLETA DE INFORMAÇÕES.....	32
4.5	APLICAÇÃO PRÁTICA DA COLETA DE INFORMAÇÕES.....	33
4.6	ANÁLISE DE INFORMAÇÕES	35
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5	O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO E A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE.....	38
6	RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE - UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR.....	54
7	A IMPLEMENTAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - QUESTÃO NORTEADORA DAS ENTREVISTAS	119
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	120
	ANEXO	
	PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC	122

1 INTRODUÇÃO

Minhas trajetórias acadêmica e profissional e o contato com alguns autores, em especial, com Ricardo Burg Ceccim, que tem trabalhado com a temática da formação de trabalhadores para a área da saúde, contribuíram para originar as inquietações que desencadearam a presente dissertação de mestrado, a qual tem como tema a Residência Integrada em Saúde – RIS desenvolvida pelo Grupo Hospitalar Conceição – GHC, hospital de ensino pertencente ao Ministério da Saúde.

Realizei a graduação em enfermagem na década de 1990. Minha formação foi influenciada pelo paradigma positivista, hegemônico na área da saúde. Segundo Triviños (1987), o positivismo busca a explicação do fenômeno por meio da observação de fatos, alheio a qualquer traço da subjetividade, pressupondo a neutralidade da ciência. Portanto, minha formação caracterizou-se pelo ensino de técnicas curativas da clínica tradicional¹, centradas no cuidado ao corpo biológico e nas patologias, também conhecido como modelo biomédico, o qual vem ao encontro da afirmação de Campos (1997) ao dizer que o saber clínico, ao assumir uma perspectiva estritamente positivista, biologicista e mecanicista, impõe uma camisa de força à abordagem do seu objeto de trabalho, desconsiderando a influência decisiva da dimensão social e da subjetividade na história dos usuários.

¹ Mendes-Gonçalves (1994) define a clínica tradicional como o modelo assistencial de atenção à saúde que tem por finalidade a recuperação do corpo doente mediante o diagnóstico biológico e de imposição de cuidado terapêutico prescritivo.

Outra característica marcante da minha graduação foi a formação hospitalocêntrica, modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, o qual, ainda, é hegemônico na área da saúde, mas que era o modelo preconizado antes da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, atual política de saúde, instituída no ano de 1988 pela Constituição Brasileira (SPIGOLON, 2005).

O arcabouço jurídico que estabeleceu o SUS resultou do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a qual teve início na década de 1980, surge como resistência ao poderoso complexo médico-industrial “e resistência, também, ao modelo de formação baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico” (BRASIL, 2006a:5). Esse sistema propôs a adoção de um conceito ampliado de saúde, que considera as condições de vida das pessoas, ultrapassando a simples realização de procedimentos curativos que visam ao tratamento de doenças do corpo biológico.

Com a criação do SUS, tornou-se evidente a necessidade de uma transformação na formação profissional na área da saúde a fim de garantir a atenção integral à saúde da população, um dos princípios deste sistema. Essa mudança de paradigma vem ocorrendo lentamente com avanços e retrocessos, sendo assim, o modelo da clínica tradicional continua sendo hegemônico na área da saúde. Desse modo, durante a graduação, grande parte das atividades teóricas e práticas estava relacionada ao desenvolvimento de procedimentos técnicos (passagem de sondas, punções venosas, exame físico e demais treinamentos de técnicas curativas), desconsiderando os aspectos psicossociais e vivenciais dos problemas de saúde, que envolvem conhecimentos de vida, história, política e organização do sistema de saúde.

No entanto, apesar das atividades curriculares na graduação centrarem-se no modelo clínico tradicional, tive a oportunidade de participar de algumas atividades extracurriculares em equipe interdisciplinares (Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde, Projeto Juventude Solidária e Projeto Piá 2000) que contribuíram para ampliar minha visão sobre o trabalho em saúde por meio da convivência com colegas e professores de outras áreas: biologia, nutrição, psicologia e educação física, entre outras.

Nesses programas interdisciplinares, desenvolvi atividades de educação em saúde com portadores de doenças crônico-degenerativas, visitas domiciliares e oficinas pedagógicas em escolas de ensino fundamental e realizei atividades específicas do meu núcleo de conhecimento profissional, por exemplo, as consultas de enfermagem. Essas atividades eram orientadas por um conceito ampliado de saúde, pois consideravam os aspectos socioeconômicos e culturais dos processos saúde/doença. Assim, durante essas experiências, percebi que para o trabalho em saúde é necessário que os trabalhadores associem ao conhecimento técnico-científico a reflexão crítica, a criatividade, certo grau de autonomia e flexibilidade no trabalho interdisciplinar, buscando mudanças nas formas tradicionais de intervenção e visando à integralidade no fazer em saúde.

Creio que o trabalhador em saúde deva saber diagnosticar e instituir cuidados terapêuticos, mas, como afirma Pinheiro et al. (2003), a formação de profissionais da saúde deve se voltar para a visão integral dos problemas da população, considerando o contexto no qual as pessoas estão inseridas e as diversidades culturais e coletivas sobre a assistência ou cuidado nos serviços de saúde. Porém, não basta desenvolver conhecimento técnico especializado. É indispensável que os trabalhadores da saúde conheçam as políticas de saúde vigentes e desenvolvam outras *competências*², entre as quais, a sensibilidade, a solidariedade para com o trabalho em equipe e a disposição para uma escuta qualificada e o efetivo acolhimento das necessidades dos usuários de modo a proporcionar atendimento humanizado e, dessa forma, responsabilizarem-se conjuntamente com a população pela resolução dos seus problemas de saúde.

² Competências referem-se à capacidade de fazer e criar oportunidades, o que inclui questionamento crítico com base nas inovações e no processo histórico a fim de transformar seu cotidiano (DEMO, 2000).

Assim, a partir desses pressupostos, no transcorrer da graduação, constatei o pouco contato que há entre a organização política da saúde e o curso, o que considero uma lacuna na formação do trabalhador da área. Por esse motivo cursei a Especialização em Saúde Pública/Formação de Sanitaristas, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS, no ano de 2003.

No decorrer do curso de especialização, elaborei um estudo sobre a percepção dos enfermeiros em relação às práticas educativas desenvolvidas para os trabalhadores no GHC. Constatei, então, que os enfermeiros demonstravam uma concepção de educação fortemente marcada pela pedagogia tradicional, direcionada à transmissão de conteúdos, centrada no conhecimento do professor e que enfatizava o ensino de técnicas e rotinas de serviços previamente elaboradas pelos enfermeiros (professores), posteriormente, transmitidas aos demais profissionais da equipe de enfermagem (alunos) (FERREIRA, 2004).

Os resultados dessa pesquisa aumentaram a minha curiosidade relacionada a práticas educativas. Nesse período, o fato de trabalhar em uma das Unidades de Terapia Intensiva – UTI do GHC, onde estava sendo implementada a RIS, fez com que minha atenção fosse direcionada para esse curso de formação.

Atuando como docente no curso Técnico em Enfermagem da ESP/RS, tive o meu primeiro contato com a RIS por meio de leituras sobre o assunto e conversas com professores e residentes dessa modalidade de ensino. No entanto, foi no GHC que tive oportunidade de vivenciar o processo de implementação de um Programa de RIS, despertando o interesse em investigá-lo de forma acadêmica.

A RIS do GHC é uma modalidade de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida por meio de formação em serviço, constituída sobre o tripé ensino-assistência-pesquisa (LENZ et al., 2005; 2006; 2007). Por este motivo, considero a RIS um programa de formação importante e positivo, pois visa formar um trabalhador mais crítico em um conceito ampliado de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a RIS visa à transformação das práticas profissionais e assistenciais hegemônicas por meio do ensino em serviço, enfatizando as atividades interdisciplinares com base na educação permanente em saúde que é estruturada na

problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a). A educação permanente em saúde parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que produz sentido para o trabalhador a partir da reflexão crítica sobre os processos de trabalho visando à transformação das práticas de atenção à saúde (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1994); a pedagogia problematizadora permite ao aluno desenvolver a capacidade de construir seus conhecimentos embasados em situações observadas na realidade. Essa metodologia possibilita ao aluno aprender a pensar criticamente, com isso, desenvolvendo a capacidade de reconhecer e resolver seus problemas e preparando-o para uma ação transformadora no cotidiano do trabalho e na sociedade (MARTINS, 2002).

No percurso da minha vivência observei que, embora a RIS tenha por objetivo especializar trabalhadores de nível superior para atuarem no SUS, mediante a utilização da pedagogia problematizadora, nem sempre, os profissionais que atuavam nessa modalidade de ensino em serviço do GHC compreendiam esta proposta. Em consequência, ministravam aulas cujos conteúdos eram apenas transmitidos e reforçavam as práticas assistenciais curativas do modelo clínico tradicional.

A partir dessa constatação, decidi estudar a RIS do GHC por acreditar que se deva objetivar a transformação das práticas profissionais e a mudança da própria organização do trabalho, estruturando-se por meio da problematização do processo produtivo e almejando estimular a capacidade dos trabalhadores em dar acolhimento e cuidado às várias dimensões das necessidades em saúde (CECCIM, 2004).

Em 2004 e 2005, três hospitais do GHC, Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital Cristo Redentor e o Hospital Fêmeina, foram certificados como Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004b; 2005a). Essa titulação e o início do programa de RIS caracterizam-se como um desafio para este grupo hospitalar porque os trabalhadores que desenvolviam atividades assistenciais e administrativas tiveram que desenvolver novas competências para desempenhar atividades de ensino em serviço. Novas competências, aqui, referem-se à necessidade desses trabalhadores de aprender a ensinar em serviço, elaborar plano de ensino, ministrar aulas teórico-práticas, realizar avaliações e acompanhamento de residentes.

Em 2003, o GHC escreveu o primeiro projeto de RIS, cujo programa inclui três áreas de ênfases: “Saúde da Família e Comunidade”, “Saúde Mental” e “Intensivismo”. Neste

estudo, pretendo ater-me ao intensivismo, pois é, neste local, que atuo na função de enfermeira assistencial e orientadora deste programa de residência.

A RIS do GHC foi criada no ano de 2004, com a publicação da Portaria 109/2004, que, no seu 1º parágrafo, assim define esse programa de residência:

Modalidade de ensino pós-graduado de caráter multiprofissional, realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional (BRASIL, 2004c).

Percebo a RIS do GHC como um programa que tem beneficiado esse serviço, pois, com sua implantação nesse grupo hospitalar, foram intensificadas as atividades de ensino junto aos trabalhadores, proporcionando-lhes cursos de pesquisa, acesso a bases de dados, debates sobre as propostas da RIS, visando a qualificação desses trabalhadores para atuarem nesta modalidade de ensino em serviço (BRASIL, 2005b). Ainda, observei que, após o início desse programa, houve mobilização dos trabalhadores para melhorar seu desempenho profissional, caracterizando-se como um fator positivo na atenção em saúde do GHC.

Outra questão positiva da RIS refere-se à convivência dos trabalhadores com os residentes, que pode contribuir para a construção de novos conhecimentos, não somente para o aluno, mas a todos os envolvidos nesse processo de ensino-aprendizagem, possibilitando-lhes um novo modelo de ação em saúde. Os alunos, assim, poderiam lançar um novo olhar sobre as práticas assistenciais, muitas vezes cristalizadas e naturalizadas, levando esses trabalhadores a refletir e problematizar o seu processo de trabalho nos serviços de saúde.

No entanto, concomitantemente, constatei algumas dificuldades na implementação da RIS, no GHC, devido à falta de familiarização da parte de alguns dos atores envolvidos com a área de ênfase intensivismo desse programa e com o referencial teórico que aborda as diretrizes que norteiam a RIS e o próprio SUS. Outro ponto a salientar é que a implementação da RIS no GHC provocou descontentamento e choque de interesses, pois alguns trabalhadores foram surpreendidos por essa nova atividade, levando-os a se sentirem despreparados e explorados em suas funções. Percebi que alguns não estavam motivados para assumir as novas atividades de ensino em serviço e, nem sempre, conseguiam proporcionar atividades de

ensino que satisfizessem as expectativas dos residentes. Também, houve choque de interesses entre as necessidades do serviço e os residentes inseridos neste processo, por exemplo, em relação à escala de plantões dos residentes: os trabalhadores queriam que a escala seguisse a lógica da necessidade do serviço; já os residentes queriam adaptá-la às suas disponibilidades e preferências pessoais.

Outro fator evidenciado foi o descompasso existente entre as diversas profissões que faziam parte da RIS, em especial, entre a medicina e as demais profissões. Na minha percepção, a medicina não se reconhece inserida em um campo de conhecimento comum com as outras profissões da saúde, mas se considera a profissão que deveria orientar as atividades desenvolvidas pelos demais trabalhadores da saúde, o que dificultou a consolidação das atividades interdisciplinares.

Inicialmente, a RIS do GHC foi criada através da integração do Aperfeiçoamento Especializado das outras profissões da saúde com a Residência Médica já existente na instituição. No entanto, a resistência à implementação desse programa por parte dos médicos foi intensa. Os protestos locais tiveram repercussão nacional através de órgãos corporativos, levando à dificuldade de implementação da RIS conforme a proposta inicial que previa a integração das diferentes áreas de conhecimento, ou seja, a interdisciplinaridade.

Um programa de residência, mesmo que constituído de uma única profissão, pode ser chamado de “integrado”, por estabelecer conexões multiprofissionais e interdisciplinares no ensino, nas aprendizagens e nos ambientes de trabalho. “Residência Multiprofissional” corresponde a um programa constituído por diversas categorias profissionais, e a nomenclatura “Residências Integradas em Saúde - RIS” corresponde a um programa multiprofissional a partir do qual ocorre a integração dos diferentes saberes.

No período de 2003 a 2005, o Ministério da Saúde incentivou a criação de RIS, sendo uma bandeira à especialização de profissionais da saúde para atuarem no SUS, por meio da Política de Educação Permanente em Saúde expressa na Portaria nº 198 SGTES/MS, de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a). Porém, por entraves políticos, entre eles, a resistência da categoria médica, mediante à Comissão Nacional de Residência Médica e suas corporações, a troca do Ministro da Saúde e a legalização da Residência Multiprofissional, a partir do segundo semestre do ano de 2005, os documentos do Ministério da Saúde privilegiam a

indução de programas de Residências Multiprofissionais, não garantindo estratégias de integração anteriormente estimuladas (BRASIL, 2005c).

A interdisciplinaridade, anteriormente estimulada, apareceu sutilmente no documento final do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, apontando a “integração de diferentes profissões da saúde” em apenas um parágrafo desse documento (BRASIL, 2005d). O termo interdisciplinaridade não aparece nos documentos oficiais do Ministério da Saúde que envolveram a formulação da Política Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde, após o segundo semestre de 2005 (BRASIL, 2005c; 2005d).

Sendo assim, considero um retrocesso nas políticas de saúde a mudança do Ministério da Saúde que, do apoio à implementação de projetos de RIS, com características interdisciplinares, passou a incentivar a criação de Residências Multiprofissionais com enfoque multidisciplinar. Esse fato assinala a dificuldade da integração em saúde³, indicando a necessidade de os trabalhadores problematizarem os seus processos de trabalho para desenvolverem conjuntamente a superação da fragmentação do cuidado. Sendo importante que se criem alternativas para construção da atenção integral em saúde na assistência e na formação profissional a partir de programas intitulados Residências Integradas, Residências Multiprofissionais e Residências em Área Profissionais da Saúde⁴. O que está de acordo com a Portaria Interministerial Nº 45, do Ministério da Saúde e Ministério da Educação de 12 de janeiro de 2007, que no seu Artigo 2 determinou que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007). Sendo assim, os Programas de

³ Compreendendo a integração como a articulação de saberes e práticas entre as profissões, as áreas específicas de ênfases e os níveis de atenção em saúde.

⁴ Residências em Áreas Profissionais da Saúde são programas que estão compostos por apenas uma categoria profissional, como, por exemplo, Residência em Enfermagem e Residência Médica.

Residência, enquanto estratégia para ampliar o conceito de saúde formando profissionais para prestarem um cuidado integral a saúde e humanizado, tem sofrido avanços e retrocessos.

Foram essas reflexões que me levaram a realizar essa investigação no GHC, junto aos residentes que estavam cursando a RIS com ênfase em intensivismo, evidenciando o cotidiano de seus atores, as relações interpessoais, as práticas de saúde e de ensino/aprendizagem nesse cenário. Optei pela abordagem qualitativa porque objetiva investigar e compreender o contexto local a fim de proporcionar conhecimentos contextualizados, e pela abordagem participativa porque, além de contemplar o olhar do pesquisador, inclui a visão dos atores envolvidos com o fenômeno a ser analisado.

Destaco o fato de a RIS ser um curso novo em processo de implementação no GHC. Desse modo, acredito na relevância desta pesquisa por ter registrado as experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano desta formação, identificando os aspectos que podem ser aprimorados. Penso também, que o estudo pode propiciar subsídios para implementação novos programa de RIS, assim como fornecer elementos para avaliação dos programas de Residência existentes, em especial, a RIS do GHC.

2 OBJETIVO

Analisar, de forma participativa, a Residência Integrada em Saúde da área de ênfase em intensivismo do Grupo Hospitalar Conceição.

3 RESIDÊNCIA: UMA MODALIDADE DE ENSINO.

No Brasil, existem duas modalidades de ensino de pós-graduação: o “stricto-sensu” e o “lato-sensu”. Enquanto o primeiro tem como objetivo formar professores e pesquisadores, podendo ser dividido em mestrado e doutorado; o segundo tem contribuído para a formação de profissionais assistenciais e pode ser dividido em especialização, aperfeiçoamento e residência (OLSCHOWSKY, 2001).

Residência pode ser definida como uma modalidade de ensino pós-graduada, porém a palavra residência possui diversos significados. Nos dicionários da língua portuguesa, entre outras definições, encontra-se: casa ou lugar onde se reside, no sentido de moradia (MICHAELIS, 1998; LUFT, 2000). A origem da modalidade de ensino, denominada residência, está ligada ao significado de moradia, pois, historicamente, um dos requisitos básicos aos candidatos desse tipo de curso era o de residir na instituição onde se desenvolvia o programa de educação em serviço e os alunos deveriam estar à disposição do hospital em tempo integral (SILVEIRA, 2005).

Os primeiros programas de residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato. Algumas pessoas, envolvidas com esta modalidade de ensino, apegavam-se erroneamente à tradução literal do inglês e só concebiam o residente como morador do hospital. “Essa interpretação é defendida por aqueles que dizem que a moradia fora do hospital possibilita atrasos no horário de entrada e faltas injustificáveis” (PORTO, 1962:21).

Atualmente, os programas de residência não determinam que o residente deva morar no local do curso, mas um dos critérios requerido dos alunos desta modalidade de ensino é a dedicação exclusiva. O residente deve permanecer à disposição deste serviço em turno integral. Assim, perpetua-se a lógica de que o aprendizado do residente deve se fazer inteiramente na instituição de saúde que oferece essa modalidade de curso.

A residência, enquanto modalidade de ensino em serviço, foi pioneira na área da medicina. Com o passar do tempo, a corporação médica passou a considerar a Residência Médica uma prática instituída e reconhecida como atividade de ensino indispensável para qualificar esses profissionais e, atualmente, ela é considerada o “padrão ouro” da especialização médica (BRASIL, 1977).

A expressão Residência Médica é popularmente conhecida, o que pode ser evidenciado pela seguinte definição encontrada em um dicionário brasileiro de língua portuguesa: residência é o “período em que o médico recém-formado permanece em um hospital para adquirir a experiência médica necessária” (MICHAELIS, 1998:448). Já, em relação às demais profissões, não há, nos dicionários consultados, definições que se refiram a cursos de outras categorias profissionais, mesmo que a enfermagem, por exemplo, tenha algumas experiências de cursos na modalidade residência há mais de trinta anos.

A Residência Médica surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) no fim do século XIX. Em 1879, os professores Osler e Hausted do John Hopkins Hospital “(...) iniciam uma programação destinada ao adestramento de médicos após a graduação” (SILVEIRA, 2005:3). Posteriormente, esse programa ficou conhecido como Residência Médica visando à especialização do médico recém-formado. Conforme Lázaro da Silva (2005), em 1889, o programa criado por Hausted passou a ser considerado a primeira Residência Médica, direcionado ao treinamento na área cirúrgica. Osler, seguindo esse modelo, implementou, no mesmo hospital, a Residência na Clínica Médica, em 1900.

A partir dessas experiências, a Residência Médica difundiu-se pelos EUA e, posteriormente, em outros países como um curso indispensável para o treinamento e

especialização de médicos após a graduação (LOPES e LIMA, 2000). No Brasil, conforme Silveira (2005), a Residência Médica iniciou em 1940, influenciada pelo modelo americano, centrado no treinamento de habilidades técnicas nas instituições hospitalares, modelo da clínica tradicional, hegemônico na área da saúde, o qual foi acentuado com a publicação do Relatório Flexner⁵.

De acordo com Lázaro da Silva (2005), os primeiros programas de Residência Médica brasileira tiveram início na Universidade de São Paulo-USP, em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947. Posteriormente, esse modelo de formação médica hospitalocêntrica começou a se disseminar lentamente no Brasil, consolidando-se na década de 1960.

A medicina foi a primeira profissão a ter uma modalidade de ensino legalmente reconhecida enquanto ensino em serviço pós-graduado. Em 1970, o Parecer do Conselho Federal de Educação - CFE 576, identifica a Residência Médica como sistema pedagógico ideal para a formação do profissional médico. Na seqüência, a Residência Médica foi instituída através do Decreto nº 80.281, em setembro de 1977, que cria a Comissão Nacional de Residência Médica e regulamenta a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, funcionando em Instituições de Saúde (FEUERWERKER, 1998; LÁZARO DA SILVA, 2005).

⁵ A publicação do Relatório Flexner, em 1910, acentuou a segmentação da medicina, centrando as noções de saúde em torno das práticas medicalizadoras e no cuidado intra-hospitalar, influenciando a formação e práticas médicas em todo o mundo ocidental e, em seguida, a formação de todas as demais profissões da área da saúde (CECCIM, 1998).

De acordo com Feuerwerker (1998), o Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de determinada especialidade, confere ao médico-residente o título de especialista. No entanto, “historicamente, esta modalidade de treinamento em serviço tem sido utilizada equivocadamente como uma forma de suprir postos de trabalho em diversas instituições” (MIRANDA; LOPES, 2005:21).

Os médicos-residentes, insatisfeitos com as condições oferecidas nos cursos de Residência Médica, uniram-se num movimento por melhores condições de trabalho e ensino, o que culminou com a aprovação da Lei 6932, de 7 de junho de 1981, que estabeleceu, entre outras resoluções, a proibição de utilizar a terminologia Residência Médica em cursos de treinamento que não fossem aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), e que todos os programas de Residência Médica deveriam fornecer título de especialista (LOPES e LIMA, 2000).

Os fatos de os residentes serem profissionais formados e essa modalidade de ensino ter uma atividade prática extensiva, associados à não-legalização dos cursos e, principalmente, ao não fornecimento do título com reconhecimento acadêmico, acarretaram o surgimento de críticas relacionadas à exploração da força de trabalho do residente. Godoy (1967) já alertava para o fato de que, se o sistema de residência não fosse planejado e orientado com objetivos bem definidos, havia o risco de que esses programas se tornassem mecanismos de exploração do trabalho profissional.

Porto (1962) ressalta que existem inúmeras vantagens para o serviço na formação realizada através do ensino em serviço na modalidade residência, entre as quais, a redução dos gastos com o corpo médico (o médico-residente serve de mão-de-obra) e a renovação anual com novos residentes, os quais trariam consigo o estímulo que revigoraria o serviço, porque o novo aluno vinha munido de novas idéias e com desejo de aprender e de trabalhar. Por sua vez, Lima e Porto (1977) destacam a vantagem para o aprendizado do aluno, dizendo que, entre os outros esquemas de ensino no nível de pós-graduação, a residência tem se destacado como um dos mais produtivos projetos de especialização e aperfeiçoamento na área médica, exatamente por dispor de uma carga horária prática muito maior do que a outra modalidade de ensino.

Desse modo, o sucesso dos cursos de Residência Médica, provavelmente, tenha influenciado a criação da Residência em Enfermagem (LIMA; PORTO, 1977). Assim, do mesmo modo que na medicina, entre outras características comuns, na área da enfermagem, a residência surgiu nos EUA e, posteriormente, foi disseminada pelo restante do mundo.

No Brasil, a Residência em Enfermagem surgiu a partir da década de 1960, sem legalização formal para sua existência. A primeira Residência em Enfermagem do Brasil foi implementada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, em 1961, “segundo um regime semelhante ao da residência para médicos, existente nesse hospital desde 1960” (LARGURA; VECTIRANS; OLIVEIRA, 1962:24).

Barros e Michel (2000) relatam que somente em agosto de 1994 a Comissão Permanente de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou, em Salvador, uma oficina de trabalho intitulada “Residência em Enfermagem no Brasil”, dando à deliberação do I Seminário Nacional de Educação em Enfermagem, ocorrido em maio daquele ano, no Rio de Janeiro. Na seqüência, no mês de setembro do mesmo ano, ocorreu o Seminário Nacional do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CEFEN/COREN), realizado em Salvador. Após este seminário, foi emitido um documento sobre Residência em Enfermagem, compilando as últimas alterações que resultaram no Anteprojeto de Lei 2.264/1996, o qual criou a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem, em 2001, aprovou a Resolução nº 259/2001, com o objetivo de regulamentar a Residência em Enfermagem e garantir o título de especialista aos egressos dos programas que fossem oferecidos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) de Enfermagem; instituições de ensino público ou privado vinculadas a um IES e instituições de saúde pública ou privada com ambiente de trabalho dotado de corpo técnico de enfermeiros, possuidores de título profissional ou acadêmico reconhecido a um programa de instituição de ensino superior (BRASIL, 2001a). Os cursos que apresentam atividades teóricas regulares, adequada supervisão profissional e fornecem titulação acadêmica possuem credibilidade e são considerados cursos apropriados para especialização de profissionais, principalmente, por desenvolverem uma carga horária prática extensa que possibilita ao aluno adquirir experiência profissional. Neste sentido, a publicação dessa resolução reflete um grande avanço para a história da Residência em Enfermagem, pois o convênio dos hospitais com as instituições

formadoras e a preocupação das instituições hospitalares com a qualificação dos enfermeiros envolvidos no planejamento e execução dos programas de residência garantiram um salto de qualidade nessa modalidade de ensino em serviço.

Paralelamente à história das Residências Médica e de Enfermagem, surgiu, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul-ESP/RS, em 1977, que é reconhecida como a primeira Residência Multiprofissional do Brasil, experiência inovadora na área do ensino na modalidade Residência, pois foi o primeiro programa que incluiu mais de uma categoria profissional (CECCIM; ARMANI, 2001)

De acordo com os autores citados, o programa de Residência em Saúde Comunitária iniciou em 1976, no Centro de Saúde Escola Murialdo da ESP/RS. No ano seguinte, essa Residência adquiriu caráter multiprofissional e ofereceu vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (MULLER; HAAG; SILVA, 2001).

Uebel, Rocha e Mello (2003) destacam o fato de a proposta da Residência Multiprofissional iniciada no Murialdo anteceder à conferência de Alma-Ata, que foi o marco histórico do início das discussões relacionadas à atenção primária à saúde embasada na visão ampliada de saúde. A inovação deste programa está na valorização do trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação do cuidado prestado à saúde da população na rede básica de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado médico ao corpo biológico.

Segundo os autores citados, um dos idealizadores desta proposta de residência foi o Dr. Ellis Busnello que, retornando dos Estados Unidos da América ao término do seu mestrado, trouxe o modelo de saúde inglês “do médico de quarteirão” e, juntamente com outros dois médicos, propôs romper com o binômio médico-enfermeiro na assistência à saúde, desenvolvendo a idéia de “equipe de saúde” para gerenciar e implementar o SUS.

Infelizmente, no início da década de 1990, por motivos políticos e devido à crise econômica enfrentada pelo Brasil, a Residência Multiprofissional da ESP/RS extinguiu-se. De acordo com Armani e Ceccim (2001), um dos motivos que a levaram à extinção foi a discrepância existente entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos e os das demais profissões, passando a Residência do Centro de Saúde Escola Murialdo ser composta apenas por profissionais médicos.

A ESP/RS é uma instituição que historicamente tem contribuído na especialização de trabalhadores da saúde para gerenciar e implementar o SUS. Esse processo histórico trouxe acúmulos políticos e experiências pedagógicas que permitiram, em 1999, que o programa de Residência Médica da ESP/RS fosse acrescido do Programa de Aperfeiçoamento Especializado, dando origem à primeira RIS do país, resgatando o seu caráter multiprofissional através da aprovação da Portaria 16/1999 (CECCIM; ARMANI, 2001; CECCIM; FERLA, 2003).

De acordo com Rossoni e Farias (2002), o programa da RIS da ESP/RS está organizado segundo o conceito de núcleo e campo. Campo é o conjunto de saberes e práticas comuns a várias profissões ou especialidades de determinada área do conhecimento; núcleo é o conjunto de saberes e práticas específico de cada profissão ou especialidade (CAMPOS, 2000). A formação nesse programa tem currículo único para as diferentes profissões que constituem o campo da saúde. Algumas categorias mantêm conteúdos que são trabalhados nos núcleos específicos de cada profissão, não sendo, entretanto, obrigatória a formação por núcleo profissional.

O Ministério da Saúde vem apoiando esta modalidade de residência desde 2002, quando foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento desse órgão, “dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde” (BRASIL, 2006a:6).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, sob nova gestão, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e, nessa, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges, com a finalidade de ordenar a formação de trabalhadores para a

área da saúde, propondo a RIS como um projeto Nacional (BRASIL, 2004d; 2004e). Nesse período, a experiência prévia na ESP/RS, acumulada por seus gestores⁶ que compuseram a equipe da SGTES/Deges, serviu de estímulo ao Ministério da Saúde para à elaboração de uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, compreendendo que a formação e o exercício profissional não poderiam estar alheios ao debate de estruturação da implementação do cuidado no SUS. Deveria, sim, ter a proposição de considerar o trabalhador sujeito dos processos de gestão, formação, atenção e participação social, com centralidade no usuário e nas suas necessidades, contrapondo-se às práticas centradas no ato médico e nos procedimentos técnicos (BRASIL, 2004d; CECCIM, 2005).

Em fevereiro de 2005, foi publicada a Medida Provisória 238/2005, uma etapa para garantir a regulamentação da Residência em Área da Saúde para as demais profissões da saúde independente da categoria médica (BRASIL, 2005e). Em junho do mesmo ano, essa medida provisória foi convertida na Lei 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação “lato sensu”, destinada, em seu artigo 13, às outras categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando-se a médica (BRASIL, 2005f). No artigo 14, dessa lei, lê-se: “fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros do Estado da Educação e da Saúde” (BRASIL, 2005f).

No mês de novembro de 2005, foi publicada a Portaria Interministerial 2.117, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituindo a Residência Multiprofissional

⁶ No período de janeiro de 2003 a julho de 2005, a SGTES foi coordenada pela ex-Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Maria Luiza Jaeger, e o Deges pelo ex-Diretor da ESP/RS, Dr. Ricardo Burg Ceccim, imprimindo nessa gestão o interesse pela implementação da RIS, acumulada na experiência da gestão no RS.

em Saúde e, assim, garantindo o desenvolvimento de programas de residência destinados conjuntamente às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuando a médica (BRASIL, 2005g).

A regulamentação pelos Ministérios da Saúde e da Educação, da residência multiprofissional como modalidade de formação em serviço, pós-graduação *lato sensu* é fundamental no preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2005d:1).

Em dezembro de 2005, foi realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com o objetivo de iniciar o processo de reflexão e debate sobre esta modalidade de residência. Segundo Relatório da Plenária Nacional sobre Residência Multiprofissional em Saúde, dentre os programas de Residências Multiprofissionais em funcionamento no Brasil, vinte e um são financiados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c).

No dia 15 de janeiro de 2007, é publicado pelos Ministérios da Saúde e da Educação a Portaria Interministerial de Nº 45, a qual determina que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde serão orientadas pelos princípios do SUS (BRASIL, 2007). Fato que considero um avanço nas Políticas de Formação de Trabalhadores na área da Saúde, pois mesmo um programa de Residência Unidisciplinar deve buscar o desenvolvimento de uma visão ampliada em saúde e atitudes profissionais que estejam em consonância com o SUS.

Dallegrave e Silva (2006) dizem que as residências vêm buscando ocupar seu espaço na sociedade, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais, contrapondo-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e visando suprir as necessidades do SUS. Desse modo, para além da titulação atribuída por esse curso de formação, torna-se impreterível garantir a qualidade do ensino-aprendizagem, o exercício da interdisciplinaridade e o desenvolvimento de um novo perfil profissional mais comprometido com as políticas de saúde e com a solução de problemas de saúde da população.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresento o caminho metodológico utilizado neste estudo, citando os principais motivos que me levaram a realizar tais escolhas.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Demo (2000) afirma que a pesquisa qualitativa não é solução para tudo, porém é mais atenciosa aos detalhes e tenta evitar a ditadura dos métodos quantitativos. Já, Richardson (1999) destaca que os estudos que utilizam uma abordagem qualitativa têm como objetivo a investigação de fenômenos sociais, situações complexas ou estritamente particulares, não tendo como objetivo a generalização dos resultados. Pelo contrário, a abordagem qualitativa objetiva investigar e compreender o contexto local a fim de proporcionar conhecimentos contextualizados e particularizados de determinado fenômeno.

Optei pela abordagem da pesquisa qualitativa porque a RIS é um fenômeno complexo, que envolve as diferentes situações de vida e relações sociais em determinado contexto permeado por inúmeros conflitos. É um tipo de abordagem que sugere um estudo mais detalhado dessa realidade, o qual, possivelmente, não seria atingido pela abordagem quantitativa que se propõe a corresponder ao pensamento científico tradicional, o qual desconsidera as subjetividades dos atores envolvidos na pesquisa e a historicidade dos fenômenos.

Na abordagem qualitativa, pretendo realizar um estudo do tipo “Estudo de Caso”, o qual busca retratar a realidade e enfatiza a interpretação para uma apreensão e compreensão mais completa de um determinado fenômeno (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Através do Estudo de

Caso, pode-se observar a realidade concreta em funcionamento, acessando informações privilegiadas e detalhadas sobre a RIS.

Utilizei também, alguns pressupostos da Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln (1989) para coleta de informações. Referem os autores que a avaliação não apareceu da noite para o dia, sendo resultado de um processo de desenvolvimento, de construção e reconstrução que envolve uma série de influências, podendo ser entendida como um processo contextualizado e histórico.

A Avaliação de Quarta Geração é uma forma de avaliação, em que as reivindicações, preocupações e os temas trazidos pelos participantes, junto com qualquer coisa substancialmente entendida por eles durante o processo de avaliação, constituem o “material” do qual as construções são feitas. O esforço para elaborar uma análise conjunta, colaborativa e participativa exige a valorização das idéias de muitos participantes e lhes dá a medida de controle sobre a natureza da atividade avaliativa. Portanto, nessa visão, a análise torna-se educativa e reforça o poder de interferência dos indivíduos no seu cotidiano mediante a elaboração de novas sínteses.

A avaliação de Quarta Geração é um casamento entre o foco responsivo – usando as reivindicações, preocupações e temas dos participantes da avaliação como elementos organizadores e a metodologia construtivista – almejando desenvolver um consenso entre os participantes que, anteriormente, tiveram diferentes, talvez, conflitantes construções.

De acordo com Popkewitz (1998), a posição ontológica do construtivismo fornece uma garantia para considerar as construções dos participantes e uma avaliação emancipadora, pois as pedagogias construtivistas não são estratégias neutras de ensino de soluções de problemas. Elas politizam ao conectar poder e saber. Assim, o paradigma construtivista vem estimulando novas formas de ensinar e de avaliar que têm levado os avaliadores a criar alternativas que ultrapassem a simples aplicação de testes quantitativos, considerando as diferentes posições, opiniões e ideologia dos sujeitos envolvidos na avaliação, desenvolvendo processos mais democráticos, participativos e emancipatórios.

Esse referencial teórico, embasada no referencial construtivista, caracterizando-se como um processo interativo e de negociação que envolve os grupos de interesse. Essa

metodologia sugere a utilização do Círculo Hermenêutico Dialético (Figura 1, p. 31), denominado hermenêutico porque é interpretativo e dialético, representa uma comparação e um contraste de pontos de vista divergentes (tese e antítese) com o objetivo de atingir uma nova síntese, propiciando a elaboração de um conhecimento mais sofisticado. Prestes (1994) afirma que o problema fundamental para a hermenêutica é a busca do sentido e da compreensão, almejando a recuperação do subjetivo no processo de reconhecer.

Segundo, Guba e Lincoln (1989), aplicando-se essa metodologia é possível identificar reivindicações, preocupações, conflitos, entre outras questões existentes no contexto a ser investigado, por meio de inclusão de diferentes atores nas rodas de discussões implementadas entre os diferentes grupos de interesses. Esses autores distinguem três diferentes grupos de interesse:

- os agentes: pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço;
- os beneficiários: pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço;
- as vítimas: pessoas afetadas negativamente pelo serviço.

Assim, deve-se identificar os diferentes grupos de interesse envolvidos no fenômeno a ser avaliado e, a partir dessa constatação, elaborar um Círculo Hermenêutico Dialético com cada grupo de interesse. (Grupo de interesse são pessoas com características comuns que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objetivo de avaliação, estando, de alguma maneira, envolvidas ou potencialmente afetadas pelas eventuais conseqüências do processo avaliativo). No caso da RIS, identifiquei diversos grupos de interesse, entre eles: os residentes, os preceptores, os orientadores, os gestores e os usuários.

Esse referencial metodológico sugere que todos os grupos de interesse façam parte da investigação, porém para realizar este estudo em tempo hábil, respeitando o prazo para conclusão de mestrado acadêmico, realizei a coleta de dados junto ao grupo de interesse compreendido pelos residentes, pois os autores da metodologia consideram importante incluir, principalmente, os grupos mais vulneráveis e com menor poder de decisão, visto que essa forma de pesquisar tem como objetivo dar voz aos entrevistados e aumentar o poder do grupo para interferir na sua realidade.

Os residentes podem ser considerados o grupo beneficiário desta avaliação, pois a RIS é um programa que visa qualificá-lo. Escolhi os residentes porque acredito que esse pode ser o grupo com menor poder formal de mudança nesse local, sendo, também, o que poderá ser mais beneficiado com essa proposta de pesquisa.

Diante do exposto, saliento que, neste estudo, pretendi desenvolver uma investigação que ocorresse de modo transparente, participativo, dialógica sobre a RIS do GHC a fim de construir um referencial teórico que contribua para a elaboração de estratégias que aprimorem o programa de ensino em serviço e amplie o poder de análise crítica dos participantes desta pesquisa sobre o seu cotidiano.

Saliento que os pressupostos da Avaliação da Quarta Geração vêm ao encontro da proposta da RIS que busca, mediante a problematização da realidade vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde, ampliar o poder de crítica e o desenvolvimento de um novo perfil desse trabalhador para que seja mais autônomo e criativo. No entanto, torna-se imprescindível destacar que, embora, o referencial teórico proposto por Guba e Lincoln (1989) tenha sido um norteador para realização deste estudo, **é preciso deixar claro que não se trata de uma Avaliação de Quarta Geração**, conquanto utilizei algumas etapas sugeridas pelos autores desse referencial metodológico para coletar as informações.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O campo de estudo desta pesquisa foi o Programa de RIS do GHC com ênfase em intensivismo, localizado na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, instituição vinculada ao Ministério da Saúde e que atende exclusivamente o SUS.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

O grupo de interesse escolhido para participar deste estudo foi o grupo de residentes da ênfase em intensivismo da RIS do GHC. Todos os residentes que estavam vinculados a

este programa, no período de coleta de dados, foram convidados a participar deste estudo, totalizando 12 participantes.

4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

Durante a coleta de informações, utilizei o instrumento entrevista individual. Conforme Cruz-Neto (1994), a entrevista é o procedimento mais usual em pesquisa qualitativa pelo qual se buscam informações contidas nas falas dos atores em relação ao fenômeno a ser investigado.

A entrevista pode ser de vários tipos: entrevista estruturada, semi-estruturada e livre. Se, por um lado, na entrevista estruturada, o pesquisador sabe exatamente o que vai perguntar e não há possibilidade de o entrevistado opinar sobre outras questões referente ao fenômeno, por outro, na entrevista livre, o entrevistado pode falar livremente sobre o fenômeno (TRIVIÑOS, 1987). De acordo com esse autor, a pesquisa semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam ao pesquisador e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que o informante responde.

Para construir o Circulo Hermenêutico Dialético, neste estudo, a primeira entrevista foi uma entrevista livre, que teve início com a questão norteadora (Apêndice A). A partir das respostas dessa primeira entrevista, construí um roteiro de entrevista semi-estruturada que, gradualmente, foi acrescida de outras questões derivadas das entrevistas subseqüentes, conforme explicado no próximo item.

As entrevistas ocorreram no final do mês de outubro e novembro de 2006 e todos os residentes vinculados ao programa de RIS/GHC – Intensivismo – participaram do estudo.

4.5 APLICAÇÃO PRÁTICA DA COLETA DE INFORMAÇÕES

Considerando minha vinculação com a RIS por ser enfermeira contratada no GHC, a primeira etapa da pesquisa, na qual o pesquisador conhece e ganha confiança dos grupos de atores, foi facilitada, uma vez que já conhecia o local e os sujeitos do estudo. Assim, desenvolvi três etapas sugeridas por Guba e Lincoln (1989), as quais considerei fundamentais para esse estudo:

1) Apresentação da proposta - antes de iniciar a coleta de dados, convidei os residentes do setor ênfase em intensivismo para uma reunião na qual lhes apresentei a proposta da pesquisa, expliquei-lhes as diferentes etapas da metodologia e convidei-os para participarem do estudo. Nessa fase, foram estabelecidos aspectos operacionais da coleta de informações: ordem das entrevistas e agendamento de local e horário para sua realização. Em relação à ordem das entrevistas, foi decidido, coletivamente, que os R2 (residentes que estão no segundo ano de curso) seriam os primeiros a participar das entrevistas, pois apresentavam maior tempo de vivência nesse programa. Os demais residentes foram entrevistados de acordo com a disponibilidade do pesquisador e dos participantes para facilitar a coleta de informações.

2) A implementação o Círculo Hermenêutico Dialético - seguindo o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração, as entrevistas foram gravadas,

transcritas e analisadas uma a uma para gerar as construções que subsidiavam as questões que eram introduzidas nas entrevistas subsequentes, desencadeando o movimento dialético⁷.

Nessa segunda etapa, para desencadear o Círculo Hermenêutico Dialético convidei a primeira entrevistada (E1) para responder a questão norteadora. Os assuntos referidos por esta entrevistada deram subsídios para realização da primeira construção (C1). As questões de C1, que não apareceram espontaneamente na segunda entrevista (E2), foram introduzidas em forma de pergunta, gerando a segunda construção (C2). Na entrevista com o terceiro entrevistado (E3), novamente, as questões de C2, que não apareceram espontaneamente na fala desse entrevistado, foram introduzidas em forma de pergunta, gerando a terceira construção (C3) e, assim, sucessivamente, até fechar o círculo entre os participantes.



motivos particulares e férias. Nesta terceira fase, os entrevistados ratificaram e retificaram as informações coletadas durante as entrevistas, numa reunião de negociação coletiva. Destaco que não é objetivo dessa metodologia chegar ao consenso, mas propiciar o aumento da capacidade de crítica por meio de discussões sobre interfaces do fenômeno que nem todos os participantes conheciam. Porém, nesse processo, a partir do conhecimento e discussão dos dados coletados, foi possível chegar a alguns consensos, mas, no tocante a alguns temas, os entrevistados mantiveram-se com opiniões divergentes.

4.6 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

Neste estudo, utilizei a análise sugerida por Minayo (2004), que é constituída de três passos fundamentais:

O primeiro passo denominado **“ordenamento dos dados”**, o qual engloba o ordenamento tanto das entrevistas como dos documentos sobre o tema. De acordo com Minayo (2004) esse momento da análise inclui: transcrição das fitas-cassete, releitura do material, organização dos relatos. Saliento que essa etapa teve início simultâneo à coleta de informações por meio da aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético conforme sugerido por Guba e Lincoln (1989).

No segundo passo denominado **“classificação dos dados”**, foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles, sendo constituído um “Corpus” de comunicação. Nesse momento foi feita uma leitura transversal das informações, obtendo-se das entrevistas unidades de registros ou temas. Assim, identifiquei as seguintes unidades de registros: definições teóricas da RIS, integração entre as diferentes áreas de conhecimento, a motivação dos residentes para procurar esse curso de formação em serviço, implementação da RIS, a estrutura curricular e organização dessa residência, o papel dos diferentes profissionais envolvidos na elaboração desse programa e a evasão dos residentes. Em seguida foi realizado o enxugamento da classificação dos temas por temas permitindo refinar o movimento classificatório em torno de categorias mais centrais, numa lógica unificadora, permitindo o surgimento de duas categorias, denominadas de: **“Princípios e Diretrizes da RIS”** e **“Estrutura e Organização da RIS no GHC”**. A

primeira categoria englobou as unidades de registro das definições teóricas da RIS, integração entre as diferentes áreas de conhecimento e motivação dos residentes para procurar esse curso de formação em serviço; a segunda categoria incluiu as demais unidades de registro, ou seja, a implementação da RIS, a estrutura curricular e organização dessa residência, o papel dos profissionais envolvidos na elaboração desse programa e a evasão dos residentes.

Enfim, no terceiro passo denominada “**análise final**” que consiste encontrar a especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais. Segundo Minayo (2004) essa não é uma etapa fácil e nem externa ao investigador. Para essa autora ela é marcada pelo momento histórico, pelo desenvolvimento científico, por sua pertinência a uma classe social e pela capacidade de objetivação da realidade e do próprio pesquisador.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi autorizado pela coordenadora RIS e pela Coordenadora da área de ênfase em intensivismo desse programa no GHC. Em seguida, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, tendo parecer positivo em ambas as instâncias (Anexos A). A fase de coleta de informações iniciou após essas autorizações.

Os sujeitos participantes concordaram com a entrevista, autorizando sua gravação. Para tanto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice B), conforme Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996).

Para preservar o anonimato das informações que os indivíduos forneceram durante a realização do Círculo Hermenêutico Dialético transcrevi as informações denominando os entrevistados de E1, E2, E3... Os números que lhes conferi não correspondem à verdadeira ordem das entrevistas a fim de evitar a identificação dos residentes.

Durante a análise de dados, utilizei a sigla “(...)” para ocultar informações que pudessem comprometer os sujeitos entrevistados, os demais indivíduos da equipe multiprofissional, os usuários do GHC e para ocultar as falas que não foram relevantes para essa pesquisa.

As fitas cassete com as gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos, a contar da publicação dos resultados e, após, serão incineradas conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9.610/98 (BRASIL, 1998a).

5 O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO E A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

O GHC é uma instituição de saúde localizada na cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Esse grupo é constituído por quatro instituições hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição-HNSC, Hospital Fêmeina-HF, Hospital Cristo Redentor-HCR e Hospital da Criança Conceição-HCC e pelo Serviço de Saúde Comunitária, composto por 12 Postos de Saúde.

Atualmente, possui 1.800 leitos, com UTIs e Emergências que apresentam média de internação em torno de 5.300 pessoas por mês, realizando 5.000 consultas por dia, 900 partos e mais de 3.000 cirurgias por mês. O número de trabalhadores é 6.047, entre servidores das equipes de enfermagem, nutrição, higienização, manutenção, segurança, médicos, fisioterapeutas, entre outros (BRASIL, 2006b).

Em relação às UTIs, o GHC dispõe de 168 leitos para o atendimento em tratamento intensivo. Esses leitos estão distribuídos nas suas quatro unidades hospitalares, constituídas de unidades de terapia intensiva de adulto, pediátrica e neonatal:

- As UTIs do HNSC são compostas por quatro áreas, com total de 28 leitos para internação de adultos classificados como nível III⁸. A UTI área I é constituída por 13 leitos clínicos; a UTI Área II, com nove leitos; a UTI tetânica, com dois leitos; e a Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) é constituída por 4 leitos.
- O HCC atende a crianças até 12 anos de idade e sua terapia intensiva é classificada como nível II, constituindo-se de 74 leitos, distribuídos em 19 leitos pediátricos e 55 neonatais.
- O HCR possui uma unidade de terapia intensiva considerada nível I, com 20 leitos, atende aos pacientes críticos do serviço de neurocirurgia e/ou vítimas de queimaduras e politraumatizados.
- O HF possui 40 leitos de intensivismo neonatal e, no final de 2005, foi inaugurada uma unidade de terapia semi-intensiva com de 6 leitos para as pacientes da ginecologia e obstetrícia que venham a necessitar de cuidados semi-intensivos. Anteriormente, essas mulheres ficavam na sala de recuperação pós-operatória até serem transferidas para as UTIs do HNSC.

O GHC é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e, desde 2003, atende exclusivamente usuários pelo SUS e determinou sua missão e valores de acordo com as diretrizes desse sistema, as quais compreendem a descentralização, a integralidade da atenção e a participação da comunidade, visando contribuir na efetiva consolidação do SUS no estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2003; 2006c).

⁸ Segundo a Portaria da SASS/MS n° 3432/GM, de 1998, as UTIs são classificadas de acordo com a incorporação tecnológica, especialização de recursos humanos e adequação da área física em nível I, nível II e nível III. As UTIs de nível I são as de menor complexidade, enquanto as de nível II são de complexidade intermediária e as de nível III possuem maior estrutura na cadeia de classificação (BRASIL, 1998b).

Historicamente, o GHC desenvolve sua função centrando suas atividades na prestação de atendimento assistencial, mesmo desenvolvendo um programa de Residência Médica desde 1962 e servir de campo de estágio para diversos cursos da área da saúde, o ensino não era uma prioridade para os trabalhadores dessa instituição. Na atualidade, uma das diretrizes do GHC é a transformação dessa instituição em um Pólo de Educação e Pesquisa, pois essa instituição vem tentando modificar esse enfoque assistencial e contribuir com o processo efetivo de consolidação do SUS. Deste modo, torna-se lócus de ação a formação profissional em gestão e assistência, capacitação e desenvolvimento de pessoas, educação em saúde e pesquisa voltadas para necessidades do SUS, dessa forma, aumentando a responsabilidade dessa instituição com a formação profissional.

Essas mudanças, associadas ao apoio da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, permitiram a criação do seu programa de RIS do GHC, em 2004, sendo constituída sobre o tripé ensino-assistência-pesquisa e tendo como objetivo especializar profissionais de diversas profissões para atuação e o trabalho em equipe de saúde, seguindo os princípios do SUS⁹ (BRASIL, 2003).

O termo Residente é utilizado para denominar o aluno que cursa um programa de residência. No primeiro ano de residência, esses alunos são chamados de R1; no segundo, de R2; e, no terceiro, que é opcional, são chamados de R3. No GHC, eles são diferenciados quando à sua formação de base, sendo chamado de enfermeiro-residente, fisioterapeuta-residente, médico- residente.

⁹ A Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, define princípios e diretrizes para o SUS. São considerados princípios básicos do SUS: acesso universal e igualitário às ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e a descentralização (BRASIL, 1990).

Atendendo a Portaria 109/2004, que regulamenta a RIS no GHC, os residentes são escolhidos, anualmente, mediante processo seletivo divulgado em edital, onde constam as áreas de ênfases e os respectivos números de vagas para cada categoria profissional, documentos necessários, locais e períodos das inscrições e das etapas da seleção.

A primeira etapa dos processos seletivos da RIS do GHC tem sido feita por uma empresa contratada por essa instituição, nessa fase, o candidato é submetido a uma prova teórica objetiva, cuja bibliografia é indicada pelos preceptores da RIS/GHC. Na seqüência, os aprovados passam para a segunda, etapa que é constituída pela análise de *curriculum vitae*, memorial descritivo; e a última etapa constitui-se de uma entrevista individual em que os candidatos devem analisar um caso de saúde, estas duas últimas etapas são realizadas pelo GHC (FUNDATEC, 2005).

Em 2003, o GHC enviou o primeiro projeto da RIS para o Ministério da Saúde, apresentando a proposta de estruturação e funcionamento deste curso, dentre os quais, destaco:

1. Três áreas de ênfases: **ênfase em Saúde da Família e Comunidade**, que contemplaria a formação de residentes de enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social; **ênfase em Saúde Mental**, com residentes de enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional; e, a **ênfase em intensivismo**, que integraria a formação de residentes de enfermagem, fisioterapia e medicina.

2. O corpo técnico-docente da RIS no GHC: que foi constituído por docentes, orientadores de pesquisa, co-orientadores de pesquisa, orientadores locais e preceptores, que podem ser do próprio quadro profissional da instituição, convidados ou contratados especificamente para as atividades teóricas desse programa:

Docentes são os responsáveis pela formação teórica dos residentes, a quem compete articular estratégias para a prática de reflexão, embasamento e aprofundamento conceitual a respeito das atividades e ações de gestão e atenção à saúde, podendo ser profissionais da instituição ou convidados externos.

Orientadores de pesquisa orientam a produção da pesquisa a ser desenvolvida pelos residentes, devendo necessariamente pertencer ao quadro funcional da instituição. Devem ter pós-graduação *strito sensu* (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área da pesquisa.

Co-orientadores de pesquisa são os profissionais com reconhecido saber sobre o assunto a ser investigado. O residente, junto do seu orientador de pesquisa, pode solicitar um co-orientador de pesquisa para auxiliá-lo no aprofundamento teórico do tema a ser analisado.

Orientadores locais são profissionais de nível superior que atuam no setor onde a residência ocorre, os quais colaboram com a execução do cronograma de atividades teórico-práticas e na supervisão direta dos residentes, na falta do preceptor.

Preceptores exercem cargos administrativos, sendo os coordenadores e/ou articuladores desse processo, assumindo responsabilidades junto à instituição em relação ao planejamento e implementação da RIS.

Preceptores de Campo devem pertencer à equipe local de assistência à saúde e atuar como referência ao residente, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e os demais serviços com os quais estabelecerão relação durante o desenvolvimento desse Programa de Residência. Constituem-se como referência do campo de saberes e práticas da saúde nos quais estiverem inseridos.

Preceptores de Núcleo são a referência em cada área profissional, responsáveis pela orientação técnico-profissional específica de cada categoria, embora sua atuação não se restrinja à sua profissão. Devem fornecer subsídios aos demais residentes tecnicamente habilitados na aquisição de ferramentas que melhor os capacitem na solução dos problemas enfrentados nas atividades práticas, caracterizando um processo educativo interdisciplinar.

4) Afastamentos e liberações: foi estabelecido que os residentes têm direito de folgar quando a carga horária semanal ultrapassar 60h de acordo com a dinâmica de funcionamento dos serviços, sendo facultado um turno de folga por mês para realização da monografia de conclusão da residência. Em relação a atestados e afastamentos, é aceito até 15 dias de

ausências, intercalados ou consecutivos, por adoecimento ou outros agravos à saúde. O residente que precisar de um período maior de afastamento, por motivo de saúde ou por licença gestante, é encaminhado para o INSS e deve pagar esse período após o término dos dois anos regulares da RIS. Eles, ainda, possuem o direito a cinco dias de licença Gala e Paternidade e, no caso de falecimento de cônjuge, ascendentes e descendentes diretos, também, podem contar com licença Nojo correspondente a três dias de dispensa. Outras formas de liberações das atividades normais da RIS são as liberações para participação em atividades científicas, ou seja, os residentes podem solicitar afastamento de até 21 dias anuais para participação em eventos. Somente após o término do primeiro ano da RIS, os residentes podem solicitar afastamento complementar e têm três anos para retornar às atividades e concluir o curso.

5) Duração do curso e carga horária: a duração de dois anos (24 meses), com carga horária anual mínima de 2.880 horas e máxima de 3.200 horas em todas as áreas de ênfase; a carga horária máxima é de 60 horas semanais (podem ser incluídas, no máximo, 24 horas de plantão). Em relação à distribuição dessa carga horária: 10 a 20% deste total devem corresponder às atividades de reflexão teórica e 80 a 90% às atividades de formação em serviço, incluído, neste total, o mês de férias por ano.

6) Avaliação de desempenho dos residentes: ficou definido que para ser aprovado o aluno dessa residência deve contemplar uma frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e 100% na formação em serviço. Os alunos, também, são avaliados de acordo com desempenho profissional, interação com a equipe e a realização de uma investigação científica realizada ao longo do programa. Ao final do primeiro ano, o residente deve apresentar seu projeto de pesquisa, a Monografia de Conclusão do Curso derivado dessa investigação deve ser entregue até o final do segundo ano.

7) Atividades teóricas da RIS do GHC: fundamentam-se nos conceitos de campo e núcleo, portanto foi determinado que a formação dar-se-ia em dois anos, sendo distribuída por atividades de reflexões teóricas, constituídas de módulo teórico integrado e módulo específico de cada campo e núcleo e atividades de formação em serviço.

Sendo assim, a carga horária de reflexão teórica tem sido distribuída entre: atividades integrando todos os residentes matriculados na RIS, denominadas de atividades do **campo da**

saúde; atividades integradas específicas de cada área de ênfase, como, por exemplo, as atividades do **campo de conhecimento do intensivismo** e atividades específicas de cada profissão, chamadas de atividades dos **núcleos de conhecimento**.

8) Atividades do campo da saúde: são organizadas pela Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP do GHC, que é o setor responsável pelo gerenciamento, registro, arquivamento e disponibilização das informações relativas a essa residência (BRASIL, 2006c:361). No primeiro projeto da RIS, estava determinado que essas atividades deveriam ser organizadas em torno dos seguintes temas: 1- Bioestatística e Epidemiologia, 2- Metodologia da Pesquisa, 3- Bioética e Biossegurança, 4- Gestão em saúde e 5- Atenção integral à saúde. Ainda,

as temáticas deverão contemplar conteúdos referentes a conceitos de saúde e doença, a abordagens do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, políticas de atenção à saúde, planejamento e avaliação em saúde, processo de trabalho no cuidado à saúde, o reconhecimento do usuário em sua relação com família e comunidade em determinado território, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, bioética e pesquisa quantitativa e qualitativa em saúde (BRASIL, 2003:8).

9) Em relação às atividades teóricas, ficou estabelecido que:

Na área de ênfase da Saúde da Família e Comunidade, as temáticas incluiriam a introdução ao programa de residência em saúde da família e comunidade; a atenção primária em saúde e o SUS; o contexto político-social da saúde; o controle social em saúde e o SUS; o gerenciamento dos serviços de saúde: o planejamento, a educação em saúde; a abordagem de família; o processo de trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinaridade; educação em saúde no cuidado à família; corpo e saúde: dimensões socioantropológicas; a vigilância à saúde; a saúde mental na saúde da família; a vigilância epidemiológica e as doenças infectocontagiosas.

Na área de ênfase da Saúde Mental, os temas seriam a legislação de saúde mental; as abordagens teóricas em psicoterapias, a terapia da família; a arte-terapia; o álcool e outras drogas; a psicofarmacologia em saúde mental, a clínica ampliada em saúde mental.

Na área de ênfase da terapia intensiva, os temas integram:

fundamentos teóricos do cuidado ao paciente na UTI; a equipe de terapia intensiva e o enfrentamento da morte; os aspectos éticos no cuidado ao paciente com morte cerebral, a abordagem da família; a utilização da máquina no contexto da terapia intensiva; os procedimentos invasivos na terapia intensiva; a monitorização em terapia intensiva; a ventilação mecânica; a politraumatismo em UTI; os distúrbios neurológicos, cardiovasculares, endocrinológicos, respiratórios, gastrintestinais, renais e pulmonares... (BRASIL, 2003:9).

Em relação às temáticas definidas pelo intensivismo, percebe-se que os temas estão mais relacionados com o modelo biomédico, o que pode ser evidenciado pela ênfase em patologias e procedimentos. Esse fato pode estar relacionado com a formação dos profissionais que estão responsáveis por implementar esse a RIS nesta área de ênfase, os quais, provavelmente, tenham uma visão especialista e fragmentada devido à formação especialista em intensivismo, o tempo de trabalho neste local, associado à não-familiaridade desses com os princípios do SUS.

Saliento que, em relação às atividades de núcleo das diferentes profissões de cada ênfase, não estão definidas nos projetos de RIS que são enviados anualmente ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; 2006). No entanto, sabe-se que essas atividades acontecem e são denominadas de **Seminário de Núcleo**.

Concernentemente aos **Seminários do Núcleo da Enfermagem** da ênfase intensivista, não existe um cronograma de atividades teóricas predefinido, porém, mesmo com algumas modificações, os assuntos tratados foram relativos à semiologia dos diferentes sistemas do corpo humano, das patologias mais frequentes nas UTIs (Parada Cardiorrespiratória, Infarto Agudo do Miocárdio, distúrbios eletrolíticos, patologias torácicas...) e dos procedimentos (cateter de Swan-ganz, pressão venosa central - PVC, cateter de pressão intra-abdominal- PIA entre outros). Já, nos **Seminários do Núcleo da Fisioterapia** desta ênfase, os assuntos enfatizados foram as patologias respiratórias, as análises radiológicas e a ventilação mecânica e utilização de discussão de artigos científicos, entre outros (BRASIL, 2006d). Ou seja, esses cronogramas de atividades confirmam o enfoque do modelo biomédico na área de ênfase em intensivismo.

O conhecimento clínico é importante e necessário aos profissionais da área da saúde, principalmente, aos que forem trabalhar no intensivismo, quando são atendidos os usuários

em estado crítico por apresentarem maiores complicações clínicas. No entanto, para atender a proposta dessa modalidade de residência outros assuntos devem ser colocados na roda, tais como as estratégias de comunicação terapêutica, o processo de trabalho, a educação em saúde, humanização do atendimento e demais temas que permitam o residente desse programa desenvolver um olhar ampliado em saúde.

No dia 31 de março de 2004, foi assinada a Portaria 109/2004 que criou e regulamentou a RIS do GHC, assim, definindo esse programa como modalidade de educação profissional pós-graduada, de caráter multiprofissional, realizada em serviço (BRASIL, 2004c). Inicialmente, a RIS foi criada mediante integração da Residência Médica, já existente nesta instituição, ao Programa de Aperfeiçoamento Especializado para os demais profissionais da área da saúde. Conforme o projeto da RIS, enviado ao Ministério da Saúde no ano de 2003, esse programa disponibilizaria o total de 62 bolsas para que fossem divididas entre as diferentes categorias profissionais, incluindo as vagas da Residência Médica. Como pode ser verificado na Tabela 1 que esquematiza a distribuição do número de vagas disponíveis para esse programa.

Atendendo a normas do Ministério da Saúde, o GHC envia anualmente um novo projeto de RIS para avaliação e financiamento das bolsas auxílios aos residentes da RIS. Em geral, os projetos subsequentes acompanharam a lógica do primeiro projeto (BRASIL, 2003), mantendo os mesmos objetivos, organização, normas de funcionamento com algumas alterações relativas às categorias profissionais envolvidas nesse programa e número de vagas

da RIS e organização das atividades teóricas. Como pode ser verificado ao comparar as informações contidas nas Tabelas 1 e 2 que se referem à quarta turma (2007-2008)¹⁰.

Tabela 1 - Distribuição do número de vagas para residentes, na RIS, em 2004

Ênfases	Categorias Profissionais	Nº de vagas	Total de vagas por Ênfase
Terapia Intensiva	Enfermagem	6	10
	Fisioterapia	2	
	Medicina	2	
Saúde da Família e Comunidade	Enfermagem	5	53
	Odontologia	5	
	Psicologia	2	
	Serviço Social	5	
	Medicina	36	
Saúde Mental	Psicologia	2	6
	Serviço Social	1	
	Terapia ocupacional	1	
	Enfermagem	1	
	Medicina	1	
Total de vagas da RIS			69

Nota: Tabela criada a partir dos dados existentes no Projeto RIS do GHC (BRASIL, 2003).

Tabela 2 - Distribuição do número de vagas para residentes, na RIS, em 2007/2008.

Ênfases	Categoria Profissional	Nº de vagas (2007-2008)		Total de Vagas para R1 e R2 (2007-2008)
		R1 (2007)	R2 (2008)	
Terapia Intensiva	Enfermagem	6	6	16
	Fisioterapia	2	2	
Saúde da Família e	Enfermagem	6	6	52
	Odontologia	8	8	

¹⁰ Escolhi estes dois projetos para realizar essa comparação, pois o que foi enviado para o Ministério da Saúde em 2003 corresponde ao número de vagas oferecidas para primeira turma e o de 2006 foi o último escrito durante a realização deste estudo.

Comunidade	Psicologia	3	3	10
	Serviço Social	6	6	
	Farmácia	3	3	
Saúde Mental	Psicologia	2	2	
	Serviço Social	1	1	
	Terapia Ocupacional	1	1	
	Enfermagem	1	1	

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição (BRASIL, 2006c).

Nesta comparação, fica evidente que a Residência Médica não faz mais parte desse programa; na área com ênfase em Intensivismo e na Saúde Mental, a RIS continua com os mesmos números de vagas por ano para as demais categorias profissionais, porém, na Saúde da Família e Comunidade, aumentaram uma vaga para enfermagem, serviço social e psicologia, duas vagas para odontologia e foram acrescentadas três vagas para farmácia, que não era incluída no primeiro projeto.

Conforme o Dr. Júlio Baldisserotto¹¹, coordenador da GEP, existe expectativa de ampliar o número de ênfases e o número de profissões que integram esse programa de residência e, para esse coordenador, a incorporação da Farmácia na ênfase em Saúde da Família e Comunidade foi considerada uma conquista, porque amplia a possibilidade de integração de conhecimentos em busca da construção de novas alternativas para atingir um cuidado integral em saúde.

Destaco que, apesar dos esforços, parece que nunca houve uma integração entre a Residência Médica e o Aperfeiçoamento em Serviço, pois, no dia 1º de julho de 2004, foi realizada a cerimônia de abertura da RIS no auditório do HCR. Naquele ano, os médicos residentes iniciaram o curso, como de costume, no mês de fevereiro, e os demais profissionais

¹¹ Discurso durante a cerimônia de formatura da segunda turma de RIS/GHC em janeiro de 2007.

a partir de julho. Assim, no último semestre de 2004, o GHC tinha dois programas de residência: a RIS que acabava de ser criada e a Residência Médica que acontece desde 1962. Tal situação pode ser entendida como causa ou consequência da dificuldade de integração entre os cursos, pois os médicos-residentes não faziam parte da RIS/GHC desde sua criação.

A resistência à implementação da RIS no GHC, conforme o projeto inicial que previa a integração entre os dois cursos, foi intensa, a ponto de médicos-residentes negarem-se a assistir aulas junto com as outras categorias profissionais. Sendo assim, mediante a legalização da Residência Multiprofissional¹², a RIS do GHC, em 2005, constituiu-se em um programa independente da Residência Médica.

Nesse período, a direção do GHC sofreu pressão de alguns profissionais para mudar o nome desse programa para Residência Multiprofissional, mas esses dirigentes optaram por manter a nomenclatura “**Residência Integrada em Saúde**”, pois o termo “**integrada**” pode corresponder à integração do conhecimento de diversas áreas da saúde, das diferentes ênfases e dos diferentes níveis de atenção; e não apenas a união entre os Programas de Aperfeiçoamento em Serviço das outras categorias profissionais e a Residência Médica (CECCIM; FERLA, 2003).

Esse problema com a categoria médica e a falta de experiência do GHC com essa modalidade de residência acarretou em dificuldade para o desenvolvimento das atividades de reflexão teórica integradoras do **Campo da Atenção à Saúde** conforme proposto no projeto inicial. Por esse motivo, para o ano de 2006 foi criada uma proposta alternativa para essa integração, denominada de **Seminários Integrados**, os quais englobam os **Seminários de**

¹² Medida Provisória 238/2005, de fevereiro de 2005, Lei, nº 11.129, de junho de 2005, ambas do Ministério da Saúde e Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e da Educação nº 2.117, de novembro de 2005 (BRASIL, 2005e; 2005f, 2005g).

Pesquisa, Estudos de Problemas de Saúde e Seminário Temático. Com essa nova organização, no ano de 2006, os R2 de todas as áreas de ênfases compartilharam momentos de reflexões teóricas nos **Seminários de Pesquisa**, com objetivo de instrumentalizar esses residentes para o desenvolvimento do seu TCC. Já os R1 participavam dos **Seminários Integrados Estudos de Problemas de Saúde** e dos **Seminários Temáticos**, nos quais os residentes puderam compartilhar reflexões teóricas sobre o SUS e, por meio de Estudos de Casos, compartilham suas vivências e conhecimentos (BRASIL, 2006d; BALTISSEROTTO, 2006).

Em relação às atividades de reflexão teórica de **campo do intensivismo e dos núcleos profissionais dessa área de ênfase**, nos documentos disponibilizados pela coordenação da RIS para a realização desse estudo, parece que não existe um cronograma predeterminado, pois eles são provisórios. Os residentes da primeira turma receberam um cronograma anual, o qual foi modificado diversas vezes. Em 2006 e 2007, esses cronogramas foram e estão sendo construídos mensalmente. A cada mês, um dos preceptores¹³ é responsável pela organização dessas aulas teóricas. Em geral, esses preceptores convidam profissionais de reconhecido conhecimento técnico para palestrarem sobre os conteúdos que consideram importantes incluir neste programa de residência, geralmente, relacionados a tratamento e diagnóstico de patologia.

Outra questão relevante sobre a estrutura curricular da RIS é a organização das atividades teórico-práticas na área de ênfase em intensivismo:

¹³ Atualmente, a preceptoria na área de ênfases em intensivismo conta com dois enfermeiros e um fisioterapeuta preceptores de campo no HCC, um enfermeiro preceptor de campo no HF, um enfermeiro preceptor de campo no HCR e dois enfermeiros e um fisioterapeuta preceptores de campo no HNSC. Sendo que um dos enfermeiros preceptores de campo do GHC assume a coordenação dessa área de ênfase (LENZ et.al., 2007).

- No primeiro ano de curso, os residentes passam por todas as UTIs do GHC, ficando de um a dois meses em cada uma destas unidades.
- No segundo ano, os residentes podem escolher uma das UTIs de acordo com seu interesse pessoal e ficam seis meses na área escolhida para se especializar em uma das áreas (adulto, pediatria ou neonatal), no restante do tempo, geralmente, eles passam novamente em outras duas UTIs do GHC .

Sobre esse assunto, considero um ponto positivo nesta formação o fato dos residentes disporem de um amplo campo para suas atividades práticas, atuando no cuidado de pacientes das diferentes faixas etárias (do nascimento ao idoso). Essa vivência pode favorecer o desenvolvimento de um atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas, mas essa característica não garante que isso ocorra, pois o residente acompanha diversas pessoas em diferentes faixas etárias, todavia não tem a possibilidade de acompanhar um único indivíduo desde o nascimento até a fase adulta.

Em relação ao rodízio mensal entre os campos, a área de ênfase em intensivismo da RIS segue a lógica adotada pela Residência Médica, que tem como objetivo o conhecimento de todas patologias e tratamentos acumulados pelas diferentes especialidades. Acredito que no caso da RIS, essa freqüente mudança de local de desenvolvimento das atividades práticas pode dificultar o vínculo do residente com a equipe de saúde e com os usuários, levando em consideração que alguns pacientes permanecem mais de um mês nestas unidades, o residente perde a evolução do caso o que dificulta a integralidade da atenção em saúde.

Ainda, referente às atividades teórico-práticas da RIS, ficou definido que os residentes podem realizar um mês de estágio em qualquer outro serviço da rede de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2003). Quanto ao referido estágio, atuando em uma das UTIs do GHC, percebi que os residentes da área de ênfase em intensivismo têm passado em UTIs de outros hospitais da rede de atenção ou em outros serviços que prestem atendimento a pacientes críticos, tais como a sala de recuperação pós-operatória do HNSC. Não têm sido “estimulados” a realizarem esse estágio em qualquer local da rede de atenção em saúde, para que o residente continue seu aprendizado enfatizando atendimento a pacientes críticos. Na minha percepção, seria importante possibilitar a passagem dos residentes em outros locais da rede, inclusive, nas unidades básicas de saúde, pois esses encontros poderiam possibilitar

construções de alternativas para integrar os diferentes níveis de atenção e consolidação da rede de atenção em saúde almejada pelo SUS.

Outro ponto a ser salientado é em relação ao título de especialista desejado pelos residentes desse programa. Os alunos da primeira e segunda turmas desse programa, formados respectivamente em janeiro de 2006 e 2007, receberam o título de Aperfeiçoamento Especializado. Porém, se a instituição conseguir aprovação para certificar os residentes como especialistas, antes de cinco anos, a contar da data de formatura dos alunos, eles poderão receber o título de especialistas.

O Programa de RIS do GHC supera a carga horária mínima obrigatória dos cursos de especialização *lato sensu*, que, conforme a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Educação e Conselho Nacional de Saúde (CNE/CNS), de 3 de abril de 2001, os cursos de especialização devem conter carga horária mínima de 360 horas integrando o ensino, o serviço e a pesquisa, e exigem apresentação da Monografia de Conclusão de Curso, critérios que têm cumprido por esse programa de residência (BRASIL, 2001b). No entanto, para garantir o título de especialista aos concluintes da RIS o GHC, ainda, não possui dois terço de profissionais com título mínimo de mestre conforme determina a resolução citada. A RIS/GHC – Intensivismo – possui oito preceptores; desses, apenas, dois estão cursando mestrado; o restante possui titulação máxima de especialista.

Em janeiro de 2007, os Ministérios da Saúde e da Educação assinaram a Portaria Interministerial nº 45, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, Residências em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, desse modo, garantido a possibilidade de aquisição desse título aos concluintes dos programas credenciados a esse órgão (BRASIL, 2007). No entanto, o GHC está em processo de credenciamento da RIS junto ao Ministério da Educação e da Saúde.

Embora esse certificado seja irrelevante para o trabalho no SUS, pois a RIS oportuniza atividades que certamente contribuem para a formação de trabalhadores mais comprometidos e com maior conhecimento teórico-prático em saúde, os residentes almejam essa certificação. Neste sentido, acredito na importância do GHC buscar essa regulamentação, chamo atenção para o fato de existirem profissionais com título de mestre, trabalhando no GHC, sem estarem

fazendo parte desse programa de formação, penso que uma sugestão viável seria que essas pessoas fossem vinculadas a RIS para fortalecer esse programa e facilitar a regulamentação para o fornecimento do título de especialista ao residente no término da residência.

A proposta conceitual da RIS é especializar um profissional imbuído pelos princípios do SUS, o qual saiba trabalhar em equipe interdisciplinar e busque novas alternativas para o trabalho, possibilitando uma atenção integral em saúde. A RIS do GHC é um programa que está em processo de implementação e, por isso, possui algumas dificuldades, alguns pontos a serem aprimorados, porém, muitas coisas vêm sendo transformadas no GHC, em busca de se tornar um Pólo de Formação Profissional de Trabalhadores para o SUS e da consolidação de uma RIS que atenda à proposta conceitual desse programa.

6 RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE - UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Neste capítulo, é abordada a categoria temática “**Princípios e Diretrizes da RIS**”, a qual englobou três unidades de registro: definições teóricas da RIS, integração entre as diferentes áreas de conhecimento e motivação dos residentes para procurar esse curso de formação em serviço. Nesta primeira categoria, não estou falando especificamente da RIS do GHC, nela, abordo a RIS enquanto proposta de especialização de trabalhadores para atuar no SUS (BRASIL, 2003 ; CECCIM e FERLA, 2003).

Atualmente, o modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde é o SUS, modelo originário da Reforma Sanitária Brasileira, movimento de resistência ao complexo médico industrial e ao modelo de formação hospitalocêntrico, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico (BRASIL, 2006a). O SUS buscou imprimir uma visão ampliada às questões da saúde, porém, mesmo que esse sistema tenha sido legalizado há quase vinte anos, os profissionais continuavam tendo um currículo organizado de acordo com a lógica do modelo clínico tradicional, hegemônico na área da saúde, valorizando exclusivamente os aspectos das doenças biológicas e os procedimentos curativos.

De acordo com Koifman e Saippa-Oliveira (2005), a partir do século XIX, o conhecimento científico passou a organizar o fazer em saúde, centrando-se no tratamento de patologias dentro das instituições hospitalares, consolidando-se como o modelo hegemônico de assistência em saúde. Seguindo esse modelo, os profissionais da saúde têm sido submetidos a uma formação fragmentada e direcionada à abordagem curativa do corpo biológico, levando-os a tratarem as pessoas como objetos, desconsiderando a história de vida e os modos de andar a vida das pessoas que são por eles assistidos.

A lógica de assistência à doença e a fragmentação do ensino em diferentes disciplinas da graduação associadas à crescente especialização da área da saúde têm dificultado a

implementação do SUS. Pois, ao contrário do modelo clínico, o SUS está construído sob o conceito de saúde ampliado, o qual preconiza a integralidade na atenção em saúde. Por esse motivo, a RIS contrapõe-se ao ensino de práticas exclusivamente curativas, enfatizando o trabalho interdisciplinar, contribuindo na construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população por meio do trabalho interdisciplinar.

“Para mim, interdisciplinaridade é ter a relação. Não só a multidisciplinaridade, que seria as várias profissões cuidando do paciente. A interdisciplinaridade é um comentar com o outro, um profissional trocar idéia com o outro sobre determinado paciente. Para ver o paciente de uma forma integral. Psicólogo, médico e enfermeiro, porque cada um vê ele de uma forma, de um certo ponto, e daí na interdisciplinaridade tu tem a mistura disso tudo. Poderia ver o paciente de forma integral, como um todo” (E5).

Nessa perspectiva, a RIS pode ser considerada um modelo de ensino em serviço inovador, pois almeja ultrapassar a visão reducionista de saúde direcionada ao cuidado biológico individual e descontextualizada de sua produção social, cultural e histórica. Essa modalidade de ensino propõe-se a mobilizar a produção de conhecimento que surge da necessidade da população atendida pelo SUS (BRASIL, 2003; LENZ et al., 2006).

“Eu acho que é integrar tudo assim, eu acho que é integrar o serviço, integrar os múltiplos profissionais, na terapia intensiva, assim: integrar médico, enfermeiro, o técnico, fisioterapeuta, mas integrar serviços também” (E8).

Quando se fala em “residência integrada”, trata-se de estabelecer integração entre trabalho e educação, entre as diferentes áreas de conhecimento, entre as diferentes profissões, entre o ensino, serviço e gestão. Bem como, RIS pode ser definida como uma modalidade de residência de caráter multiprofissional e interdisciplinar, que tem como objetivo especializar diversas profissões da área da saúde para trabalhar no SUS (BRASIL, 2003; CECCIM; FERLA, 2003). Ao associar esses referenciais teóricos aos resultados desta pesquisa, identifiquei que, na prática, a RIS/GHC tem cumprindo, em algum grau, sua proposta de formação de trabalhadores com um perfil adequado para o SUS, conforme pode ser evidenciado nas falas que seguem:

“O importante, na residência, é que a gente tenha interação com os outros, fisioterapia, mesmo no Conceição com os médicos, porque, nos outros campos, não dá. É boa essa integração. A gente troca idéias e a gente ganha bastante conhecimento. E mesmo sendo só uma vez por semana com a saúde comunitária e a mental a gente troca idéias. Então eu acho bastante interessante eu sempre gostei disso” (E5).

“Eu acho a residência um programa muito importante, porque dá oportunidade de trabalhar, adquirir experiência e tu está também aprendendo. Eu acho importante o Conceição abrir essas vagas porque é campo bem bom, porque a gente passa por várias UTIs, não é só adulto, a gente passa por NEO, pediatria e trauma então a gente consegue ver bastante coisas, nunca é igual, sempre tem alguma coisa diferente” (E7).

“É que, na verdade, sendo residente, tu está atuando como um profissional, às vezes, não reconhecido como tal, mas tu está atuando como profissional. Tu está tendo um resguardo de ter dois anos de experiência, atuando em um lugar que tem que trabalhar sem ter aquela carga de contratado mesmo. E eu acho que isso é um grande benefício que a gente tem, porque a gente sai com uma experiência daqui em todos os campos, não apenas num. Tu amadurece como profissional e tu trabalha em equipe e vê os problemas, mas não só os problemas têm benefícios, mas com o resguardo de ser residente. Tu trabalha e convive com colegas de outras profissões, mas, de repente, tu não entra em situações que tu tivesse que bater de frente com um colega teu mesmo, assim como acontece entre dois contratados” (E10).

“Ao meu ver, é uma especialização a residência, é para te dar teoria e prática na ênfase e eu acho que a gente sai bem. Teoria depende de cada um, a teoria é dada, mas o que cada um vai absorver, o que cada um vai realmente achar interessante, vai fazer mais. Mas, na prática, a gente sai muito bem porque a gente sai com uma visão de adulto, criança e NEO muito específico. A gente acha pouco dois meses em cada campo, mas em dois meses a gente pega muita coisa, coisa que nunca se vê numa graduação. Acho que essa proposta de teoria e prática muito boa” (E8).

“Na residência, a gente tem a parte teórica e mais interessante, é o que, às vezes, falta na graduação, que é tu aliar a teoria à prática. Eu poder estar chegando em casa e correndo atrás do que interessa, ler sobre a patologia e ver o que eu posso fazer por ele. E eu acho que a maior proposta é essa: ver o paciente como um todo. Pode estar vendo dentro disso as linhas de cuidado como os princípios do SUS que é a integralidade, a equidade. E poder ajudar justamente nisso, integrar desde ao nível terciário da atenção até o primário” (E4).

“Na vida acadêmica, a gente não aprende a ser enfermeira, a gente aprende um pouco de tudo. Mas, o que tu realmente faz, a gente não tem muita noção. A gente não aprende muito bem o que faz o enfermeiro, o que faz o fisioterapeuta e as outras áreas. (...) Então olhar o paciente, o cliente, ter aquela visão holística, assim: ver ele como um todo. Porque tu não deve se apegar só à patologia, só aos cuidados, mas a todas as partes. Ver o que ele precisa, qual a parte psicológica, qual os cuidados psicológicos, quais os cuidados sociais. Então, bom! Na residência, tu aprende o que cada um pode fazer no cuidado daquele paciente e com a família daquele paciente (...)”. (E6)

Neste último depoimento, o participante faz uma comparação entre a formação na graduação, cujas atividades acadêmicas deste ensino são influenciadas pelo modelo científico da clínica tradicional que fragmenta a atuação em saúde. Salienta a necessidade de um cuidado que vá além do curativo, relacionando essa abordagem ampliada ao ensino da residência. Essa reflexão vem ao encontro com Barros (2005) quando infere sobre a formação universitária de trabalhadores para área da saúde, esse autor aponta que os cursos de graduação têm sido desvinculados e descomprometidos com a realidade social e não

produzem saberes que revelem ou transformem as práticas de saúde, por esse motivo, afirma que essas atividades de ensino devem ser reformuladas.

Não se trata de abandonar o conhecimento relacionado às doenças, metodologias diagnósticas e atividades curativas, pois esse tem gerado benefícios à população, o que pode ser comprovado pelo aumento da expectativa de vida das pessoas nas últimas décadas. Chamo atenção para reprodução das idéias hegemônicas na formação em saúde, sendo reducionista pensar o ensino, no caso a RIS, com uma única concepção de saúde e fornecendo ao aluno uma visão linear de causa e efeito sem considerar as subjetividades no processo de adoecimento-cura e manter-se saudável.

A formação não pode tomar como referência apenas busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influenciar na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004:43).

O ensino é espaço para acesso a diferentes conhecimentos e saliento que o cuidado deve ser considerado uma prática social, orientada pelas sensações do usuário, para isso, além do conhecimento científico, os conhecimentos populares e complementares devem ser mobilizados (PINHEIRO; CECCIM, 2005). Ressalto que o conhecimento científico deve constituir-se na reflexão e no questionamento, articulando teoria e prática e confrontando ideologias, e esse é um dos desafios da RIS.

Quando questionado sobre o que seria RIS, E11 refere: “(...) quando fala em Residência Integrada em Saúde, é tu ver o paciente como um todo é tu ver não apenas uma patologia, mas sim como um todo”. Nesta transcrição, a expressão “**ver o paciente como um todo**”, utilizada pelos entrevistados, provavelmente, tenha relação com a principal diretriz do SUS, que é o de manter “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198, parágrafo II). Frequentemente, essa diretriz tem sido expressa pelo termo **integralidade**, mas enfatizo que essa palavra não corresponde apenas à diretriz do SUS, ela é uma "bandeira de luta", uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características desse sistema de saúde, de suas

instituições e de suas práticas. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois relaciona-se a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001). E, nesse sentido, a RIS, enquanto processo de educação, assume um compromisso na formação em saúde, na qual busca uma transformação que propõe a ruptura com processos de ensino limitantes e acrítico ao contexto social.

No entanto, atingir a integralidade na atenção em saúde não é tarefa fácil, pois um indivíduo isolado, ou determinada profissão, não daria conta das demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem (CAMARGO JR., 2003; CECCIM, 2005). Desse modo, visando formar um profissional que tente garantir a integralidade da atenção em saúde, a RIS propõe-se a especializar os profissionais das diferentes categorias mediante o contato multiprofissional. A proposta da RIS é *“formar um profissional capacitado para atuar numa equipe multiprofissional”* (E3), isso porque a multiprofissionalidade é, sem dúvida, uma das vias a ser perseguida para a efetiva prática da integralidade (BARROS, 2005).

Por multiprofissionalidade, entende-se a atuação conjunta de várias categorias profissionais, enquanto o termo interdisciplinaridade diz respeito à produção de conhecimento, originada da integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento (PIAGET, 1973; PEDUZZI, 1998).

“Residências Multiprofissionais existem várias, mas Residência Integrada em Saúde, em nível hospitalar, essa é a primeira” (E8), porque a palavra integrada corresponde à integração entre as diferentes disciplinas, ou seja, ao trabalho interdisciplinar. Essa é uma das características que distingue esse programa da maior parte das Residências Multiprofissionais.

A RIS do GHC é um programa de formação multiprofissional porque se constitui a partir de sete categorias profissionais da área da saúde e três áreas de ênfases. Também, pretende favorecer a criação de novos conhecimentos que se impõem pela troca sistemática e contínua entre os diferentes saberes, isto é, a RIS pretende estimular o exercício da interdisciplinaridade (BRASIL, 2003). Além do contato multiprofissional, é necessária a prática da interdisciplinaridade no cuidado em saúde, pois a *“integralidade da atenção, também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”* (CECCIM; FERLA, 2003:223). No entanto, de acordo com os sujeitos *“Não adianta ter várias profissões se cada*

um fizer apenas a sua parte (...) cada um quer fazer o melhor, mas esquecem de se comunicar” (E4).

Evidencia-se que a RIS é entendida como uma formação para além do aperfeiçoamento técnico, mas como uma ação política, na qual, os atores devem desenvolver a capacidade de trocar diferentes olhares para promoção da saúde, encarando limites e considerando o homem e as relações da vida social.

Desde o primeiro projeto da RIS do GHC, enviado ao Ministério da Saúde no ano de 2003, está explicitado que essa modalidade de ensino pretende estimular o diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento. Em busca do rompimento com o **“especialismo”** dos saberes e com a hegemonia da tecnociência para apreensão do real e construção de novas práticas na atenção à saúde, a RIS vem estimulando, não apenas, a integração entre as profissões, mas, também, entre as três áreas de ênfases: Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade e Intensivismo, de tal modo buscando implementar o trabalho em rede como estratégia para alcançar um cuidado integral aos usuários do SUS. Por meio desta integração, os profissionais tendem a desenvolver cultura de trabalho coletivo e, assim, podem empreender movimentos de transformação no distanciamento existentes entre os diferentes serviços de saúde. Em relação a esse assunto, os entrevistados apontaram que essa residência tem como objetivo romper com a especialismo das profissões.

“Formar profissionais que tratem o indivíduo como um todo. Eu acho que, em primeiro lugar, acabar com a especificidade, tu não vai ser especializado em uma coisa só, tu vai ter uma idéia geral do trabalho em equipe, da função de todas as áreas” (E10).

“Multidisciplinaridade seria as várias profissões cuidando do paciente (enquanto a); interdisciplinaridade é um comentar com o outro, um profissional trocar idéia com o outro sobre determinado paciente. Para ver o paciente de uma forma integral. Psicólogo, médico e enfermeiro, porque cada um vê ele de uma forma, de um certo ponto e daí na interdisciplinaridade tu tem a mistura isso tudo. Poderia ver o paciente de forma integral, como um todo” (E5).

“Integração em saúde é bem amplo pode ser a integração entre os profissionais, como dos próprios serviços” (E6).

Por sua vez, os entrevistados trazem que a proposta da RIS não é terminar com as especificidades das profissões. Referem que essa idéia é um “mito” criado pelos residente-médicos, espalhando esse “boato” com interesses corporativistas e pelo desconhecimento da proposta do programa. Entendo que esse movimento inicia porque a medicina não possui

regulamentação sobre sua atividade profissional e, ao tentar fazê-la, movimento conhecido como Ato Médico, eles acrescentaram atividades que têm sido exercidas por outras profissões como exclusividade do seu exercício profissional, o que pode ser verificado na Resolução CFM nº 1.627/2001(BRASIL, 2001c).

Desde o início da RIS no GHC, a área médica tem tido posição contrária a essa modalidade de ensino. Eles não entenderam a proposta da RIS, pois afirmam que o objetivo desse programa é formar um profissional multifunção, que faria de forma precária o serviço do médico para aumentar a disponibilidade de mão-de-obra e, com isso, diminuir a remuneração dos profissionais dessa categoria e a contratação de médicos nos serviços de saúde.

No modelo Clínico Tradicional, hegemônico na área da saúde, o médico possui um poder técnico-científico pela posse dos conhecimentos centrais sobre os tratamentos de doenças (CARAPINHEIRO, 1991), impondo-se na supervisão sobre as demais profissões da área da saúde, adotando postura contrária às mudanças, utilizando técnicas de manutenção e preservação da subordinação das demais profissões (CECCIM, 2005).

De acordo com Ceccim (2005) as profissões hegemônicas alimentam a noção de delegação de parte do cuidado em saúde e impõem negociações mais duras por meio de ações políticas corporativas. Tal situação pode ser constatada na revista do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul- SIMERS (2007), publicada em junho, na qual essa entidade divulgou sua posição contrária aos programas de ensino multiprofissional, considerando as Residências Multiprofissionais como um instrumento que tenta reduzir importância do médico na equipe, terminando com as especificidades das profissões, transformando todos num único grupo pós-graduado que não tem a mesma formação e conhecimento do médico, que eles denominam pejorativamente de “*massa amorfa*”.

Ressalto que na reunião de negociação os residentes salientaram que a proposta da RIS não é extinguir com os núcleos de conhecimentos das diferentes profissões da saúde, mas flexibilizar esses núcleos de saberes para proporcionar a construção de novos saberes e novas alternativas de atenção à saúde que satisfaçam às necessidades da população, possibilitando um leque de intervenções mais integral e criativo, não restrito ao olhar das doenças. Nessa perspectiva de formação, objetiva-se que o profissional tenha a clínica como um dos

instrumentos de ação que deve ser associado aos fatores políticos, econômicos, sociais, espirituais e culturais que condicionam as ações em saúde. Todas profissões da área da saúde possuem uma parcela importante de conhecimento a ser compartilhada com os demais membros da equipe para atingir a integralidade da atenção preconizada pelo SUS, tornando-se necessário estabelecer novas “práticas criativas e inventivas, capazes de se deparar com o espaço liso da perda de domínios e das referências fortemente instituídas, para normalizar com sensibilidade e responsabilidade pela prestação de curas, cuidados e escutas” (CECCIM, 2005:269).

Cada categoria profissional possui um núcleo de conhecimento, habilidades técnicas e competência compartimentada e parciais. De acordo com Ceccim e Ferla (2003), para operar um determinado ofício é preciso um processo de habilitação formalizado em regras educacionais, configurando um rol de saberes e práticas com caráter técnico e com um perfil de atuação socioinstitucional. Cada profissão tem uma determinada formação que a habilita para realizar um determinado ofício e, segundo Peduzzi (2001), os profissionais da saúde expressam necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, preservando as especificidades de cada trabalho especializado, ou seja, querem realizar atividades comuns e manter intervenções próprias de suas respectivas áreas profissionais. Esse pressuposto teórico aparece nas entrevistas com os participantes deste estudo ao defenderem a interdisciplinaridade, mas alguns reivindicaram que a integração ocorre de modo limitado, pois temem a formação de um profissional “**multifunção**”, criticado pela Residência Médica.

“Eu acho que se peca um pouco aí, também, na residência. Alguns aspectos isso se torna prejudicial. Eu acho que basicamente isso, porque a idéia da residência é que a gente trabalhe em equipe, que a gente trabalhe junto com os outros profissionais e não se torne um profissional direcionado só para um olhar. Tipo eu, enquanto fisioterapeuta da UTI, só enxergar a fisioterapia em UTI (...) E isso é uma coisa que a gente está querendo arrumar, está querendo melhor que é integração de forma limitada, porque tem hora que não tem como juntar tudo, porque tem uma hora que as áreas se separaram e se separam mesmo.(...) na parte teórica da residência, porque isso não afeta muito o campo, mas afeta muito a parte teórica, porque a gente começa a ter aulas muito junto, muito junto e a parte específica a gente está vendo muito pouco, a gente está vendo só no campo mesmo. Nesse sentido” (E10).

“Eu não quero interferir na profissão de ninguém e nem quero que ninguém fique interferindo na minha. Mas a gente trocar idéias e poder estar trabalhando em equipe, em prol do paciente. Sempre buscando a qualidade de vida ou então a melhora total, e alta do paciente, trabalhando em equipe. Bem, isso, trocar idéias podendo trocar conhecimentos. Cada um podendo dar contribuição na sua área é muito importante” (E4).

“Nunca o enfermeiro vai ser o fisioterapeuta, assim como o fisioterapeuta nunca vai ser o enfermeiro. (...) Para mim integração é quando tu consegue ter uma troca. Diversos profissionais vendo o mesmo paciente sobre olhares diferentes, sob conhecimentos diferentes e trocando esses conhecimentos. (...) Não que tu vá interferir no trabalho dele, mas tu pode saber onde ele pode atuar e onde ele pode te ajudar. Sempre assim, existindo essa troca em benefício do paciente” (E3).

As falas demonstram a dificuldade que os profissionais têm de compartilhar seus conhecimentos, associado ao compromisso ético, político e técnico do trabalho em saúde cuja formação vai implicar no aprendizado técnico, associado ao lidar com pessoas, suas subjetividades e as várias lógicas da saúde, no qual, em momentos, identificamos espaços de luta. É preciso entender a RIS e integralidade como singular, com limites e potência para transformação. Ceccim (2005) colabora com essa reflexão ao ressaltar a necessidade de valorização da multiprofissionalidade nos processos educacionais para deslocar o eixo da atenção -recortada e reducionista- “*corporativo-centrado*” para o eixo “*usuário-centrado*”, pois a multiprofissionalidade é uma imposição social.

Neste sentido, a interdisciplinaridade não está dada, ela deve ser construída no cotidiano do trabalho em saúde e nos cursos de formação profissional. É necessário entender que a RIS não é igual para todos: cada área de ênfase, cada campo de ação possui sua especificidade, o que deve ser entendido e avaliado no momento de planejar as atividades desse programa.

No tocante à integração entre os diferentes núcleos de conhecimento das profissões da área da saúde, houve consenso entre os participantes que a integração não acontece por decreto ou norma. A integração é construída, conquistada e depende de vários fatores: das pessoas, das equipes, da valorização do conhecimento dos outros, da proximidade, do tempo de contato e da amizade.

Os entrevistados apontam que a integração depende das características pessoais de cada indivíduo:

“Eu acho que deveria ter maior integração. Mas eu penso que essa integração depende da gente mesmo. Essa integração poderia ser maior, mas a gente mesmo se acomoda um pouco. Tipo a saúde comunitária e mental se encontram fora e se integram e nós não, a gente é mais reservada. Então, é só na segunda-feira que acontece (...) a integração depende das pessoas” (E5).

“Se a gente está apresentando um Estudo de Caso, ela (a integração) acontece, mas se a gente está assistindo uma aula à gente só assiste a gente não debate depois (...) eu acho que isso vai aumentando com a intimidade. Acho que a gente não interagia tanto no início e depois nós fomos ficando mais íntimos, fomos fazendo amizade. A gente já se chama por apelido, por estar sempre junto, porque a gente se vê duas vezes por semana. Eu acho que essa integração vai melhorando, então, eu acho que fora do serviço essa integração acontece também (...), mas a integração depende também dos residentes, porque nos devemos querer se integrar com os outros profissionais” (E8).

“E que isso vem de cada pessoa. Não é o fato de tu trabalhar cinqüenta anos dentro de uma UTI com vários profissionais atuando. Se tu é uma pessoa fechada e não estiver aberto para o dialogo tu não vai conseguir trocar com ninguém. É para ti e tu vai fazer o atendimento e ser um cavalinho, fazendo teu atendimento sem olhar para os lados. E ver que tal profissional pode atuar em tal situação. Por isso que eu acho assim, que depende muito da pessoa. Tu tem que saber quando teu conhecimento acaba e tu precisa de ajuda de um outro profissional” (E3).

As falas acima apontam concepções, conhecimentos e atitudes necessárias para implementação da proposta da RIS que visa a uma atenção integral. Assim, a RIS, associada ao trabalho em saúde, caracteriza-se como interdisciplinar, exigindo dos profissionais um olhar ampliado e diferenciado no espaço do coletivo, ou seja, é necessário na saúde um conhecimento complexo que requer compartilhamento, interlocução e disponibilidade para troca dos diferentes saberes. Deste modo, para que integração ocorra os atores envolvidos neste processo precisam estar abertos ao diálogo e à construção coletiva de novas propostas terapêuticas.

Outra questão referente à integração relaciona-se à organização do trabalho das equipes nas UTIs do GHC. Peduzzi (1998, 2001) colabora com essa reflexão, pois classifica as equipes em duas formas distintas: “*equipe agrupamento*” quando ocorre a justaposição de ações dos diferentes profissionais sem que haja integração entre os conhecimentos, e “*equipe integração*” quando os agentes desenvolvem atividades coletivas, articulando conhecimentos a fim de prestar uma atenção integral à saúde da população. Os entrevistados trazem, em suas falas, que as equipes das UTIs pediátrica, neonatal e adulto do GHC apresentam processos de trabalho diferenciados, assim como diferentes profissionais dando características próprias de funcionamento e organização nesses locais, o que interfere na RIS e na integração dos diferentes atores e contextos.

“Aqui, na verdade, não existe uma equipe de profissionais, na verdade, existem profissionais trabalhando com o mesmo paciente, mas ninguém se fala é bem diferente. Então, isso traz muitos problemas (...) lá é muito bom, toda a equipe está voltada para o ensino (...) a equipe está bem estruturada (...) nós temos troca inclusive com a equipe médica”. (E10)

Observa-se que existe uma comparação das experiências dos residentes nas UTIs, na qual uma equipe organizada como um agrupamento de pessoas dificulta a integração dos residentes e, conseqüentemente, sua formação. Por outro lado, nas vivências com outra equipe, que tem características de “*equipe integração*”, os residentes encontraram maior facilidade para exercitar a interdisciplinaridade.

É importante ter-se presente que o trabalho em saúde se refere ao ser humano, sendo permeado de subjetividade e objetividade cujas intervenções ocorrem através de relações interpessoais entre a equipe de profissionais e os usuários dos serviços de saúde, caracterizando-se como complexo e amplo campo de conhecimento e trocas. Assim, a integração aparece como um desafio, exigindo profissionalismo, tendo presente que comunicação, flexibilidade, diversidade e criatividade são elementos impactantes no processo de saúde.

Outro fator que aparece no tocante à dificuldade de integração entre as diferentes categorias profissionais da RIS relaciona-se ao poder médico no processo de trabalho em saúde. “*Lá se consegue uma melhor integração, aqui parece que a soberania é o médico e tudo que se é falado, se tem um receio de falar*” (E9).

A centralidade de determinado profissional na equipe de saúde dificulta o trabalho coletivo e não garante atenção integral à saúde da população. Somente o exercício de atividades de equipe “*usuário-centrados*” garante que as necessidades da população sejam atendidas adequadamente pelos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim (2005) ressalta que todo profissional de saúde, independente de sua habilidade técnica obtida com sua graduação na área, atua no âmbito terapêutico, o qual requer o uso da ação de outros profissionais e ou serviços de saúde. Nesse sentido, alerta que a formação profissional resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, do exercício profissional e do trabalho em saúde e que o processo educacional deve ser capaz de desenvolver condições para o trabalho em conjunto, valorizando a necessária multidisciplinaridade para os atos de saúde. Refere, ainda, que seria simplista adotar a formação como a simples aquisição de conhecimento e habilidades específicas, como se uma única área conferisse competência para o êxito terapêutico. Assim, chama atenção que para efetivar projetos terapêuticos da integralidade é indispensável uma ética “*entre-disciplinar*”,

pois esses projetos são mais complexos do que o recorte de uma profissão isolada possa atingir. “No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si nos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem” (CECCIM, 2005:265).

A “*entre-disciplinaridade*” aparece como uma prática que se constitui no aprender em trabalho em equipe, o que deve ser buscado no processo de formação da RIS. Além do conhecimento e habilidade técnica, a RIS deve visualizar o cenário de equipe para invenção da saúde integral, opondo-se as rivalidades corporativas. É preciso, no trabalho em conjunto, parceria necessária à vivência e a experiência das diferenças, na qual os diversos profissionais devem flexibilizar e criar novos espaços de cuidado em saúde. O trabalho interdisciplinar proposto na RIS constitui-se numa abordagem democrática da práxis, isto é, requer ação e reflexão sobre o trabalho em saúde, exigindo das equipes autoria e consensos possíveis para transformação da assistência. A integração entre os profissionais envolvidos na RIS melhora, as relações vão se solidificando e a construção coletiva vai se fortalecendo.

“No início os profissionais ficam resistentes, mas acho que depois que eles nos conhecem e têm confiança na gente as coisas ficam melhores” (E2);

“As pessoas tinham pouca noção do que realmente era residência, tanto nós como os profissionais (...) com o passar do tempo, as pessoas vêm se reestruturando, a instituição vem se reestruturando para receber os residente (...)” (E6).

“...eu não tinha tanta integração, mas é porque estava no início eu não conhecia as residentes (...) porque a gente não conhecia muito ou a gente não tinha ainda aquela integração, mas agora que a gente já se conhece. Eu não sei se não é mais um campo de amizade do que de crescimento profissional” (E11).

Na RIS, os profissionais das diferentes categorias vivenciam as mesmas atividades e dividem o mesmo espaço de estudo e de trabalho. A amizade, independente da reiteração profissional, não corresponde à integração (PEDUZZI, 2001). A amizade pode impedir que os conflitos ocorram, tornando o processo de trabalho cristalizado, sendo assim, não necessariamente, a amizade, mas uma postura e atitude para interlocução e o reconhecimento dos diferentes olhares são imprescindíveis quando se busca integração.

Uma dificuldade relatada pelos residentes relaciona-se à prática assistencial, na qual os residentes assumem as atividades como mais um trabalhador da equipe que deve ser

produtivo no trabalho, não havendo espaço para questionamentos com preceptores e equipe. Tal fato, traz a idéia aos residentes de que são mão-de-obra para as equipes da UTIs, sendo considerados e utilizados como força de trabalho do GHC.

“Realmente, muito campo que tu passa a gente se sente mão-de-obra. A gente trabalha, a gente está ganhando para isso, mas, muitas vezes, é deixado de lado, à parte de aprendizado” (E6).

“Têm campos que tu vê que não tem, não há essa integração. Por mais que se coloque, não se discute nada, não se cresce nada. (...) tem campo que a fisio nem sabe quem é a residente de enfermagem que está ali. Eu sinto falta de poder conversar sobre o caso do paciente. Porque querendo ou não, como é que eu vou falar isso. É que às vezes o preceptor acha que tu é mão-de-obra (...) e daí tu não tem como discutir casos” (E11).

“A residência ainda é vista como divisão de tarefas (...) se tem bastante paciente para atender tu atende metade e o preceptor a outra metade (...) como tu acaba dividindo o trabalho tu não tem tempo para discutir (...) Eu sinto essa necessidade de discutir. (...) Apesar da gente já ser formado a gente está aqui para aprender e muita coisa a gente não sabe. Daí tem que discutir com o orientador com o preceptor (...) E com divisão de trabalho a gente não tem esse tempo de discutir” (E1).

Nestes relatos percebe-se que os residentes possuem dificuldade em entender o trabalho como mais uma alternativa para o aprendizado. Destaco que a proposta de formação dos programas de residência centram-se numa metodologia voltada para a prática assistencial. As residências são consideradas atividades educativas que melhor preparam os profissionais a atuarem no mercado de trabalho, justamente, pela predominância da carga horária prática desses programas (BARROS; MICHEL, 2000).

Miranda e Lopes (2005) referem-se à utilização da força de trabalho dos residentes, afirmando que, historicamente, esta modalidade de treinamento tem sido utilizada equivocadamente para suprir a falta de trabalhadores nas instituições. É fato que os residentes ajudam com sua força de trabalho no dia-a-dia dos serviços do GHC, nos espaços utilizados pela RIS. No entanto, saliento que a RIS não acarretou diminuição no quadro funcional do GHC, pelo contrário, em algumas situações, foram contratados mais profissionais para garantir orientação adequada aos residentes, demonstrando o interesse da instituição na implementação deste programa de residência.

“A gente está aqui justamente para aprender, mas, ao mesmo tempo, tu tem que dar um retorno para esse serviço que está te acolhendo. Tu pode estar trabalhando em conjunto com eles (...) mas tudo que tiver de educativo a gente tem que participar, tipo

o round. Às vezes, eu poderia atender mais dois ou três pacientes, poderia, mas eu não estou aqui para cobrir a demanda eu estou aqui para aprender” (E4).

Observa-se que a crítica dos residentes está relacionada à falta de compreensão de alguns profissionais do GHC sobre a proposta deste programa. Porto (1976) colabora com essa reflexão ao afirmar que o residente aprende fazendo, mas sempre sob supervisão de um profissional experiente. Sendo assim, o questionamento dos residentes relaciona-se ao fato de que os profissionais do GHC, nem sempre, oportunizam espaços de aprendizado como orientação e supervisão destas tarefas assumidas no cotidiano de trabalho das UTIs. Assim, parece que os residentes são meros executores das atividades assistenciais, causando o descontentamento com a RIS.

Esse problema aponta a necessidade de reflexão sobre esse processo de educação, cujos espaços dos serviços de saúde vinculados à formação devem oportunizar trocas de experiências e conhecimentos que vão dar qualidade e amplitude tanto na formação como no trabalho em saúde.

A integração entre as diferentes categorias profissionais da RIS e as áreas de ênfase em intensivismo, Saúde Coletiva e com a Saúde da Família e Comunidade ocorre por meio de um cronograma de aulas teóricas, nas quais os alunos têm aulas de campo.

“A gente troca idéias e a gente ganha bastante conhecimento. E mesmo sendo só uma vez por semana com a saúde comunitária e a mental a gente troca idéias. Então, eu acho bastante interessante eu sempre gostei disso. Acho que isso acrescenta muito para a gente” (E5).

No entanto, em relação às atividades práticas, não existem tentativas de integração entre as três áreas de ênfases e, no caso dos dois núcleos de conhecimento do intensivismo (enfermagem e fisioterapia), essa integração tem ocorrido eventualmente e não é sistematizada. A escuta entre as diferentes profissões é um desafio, porque existe dificuldade em estabelecer diálogo entre elas (SILVA-JUNIOR; PONTES; HENRIQUE, 2005) e parece que, quando se fala em integrar as diferentes áreas de ênfases da RIS, as dificuldades ampliam-se. Esse fato é evidenciado nas transcrições a seguir:

“A idéia da Residência Integrada em Saúde é uma ótima idéia, só que ela está só no papel, porque muitas coisas não estão se conseguindo levar para prática. E a palavra integrada também não, a gente tem três ênfases e não está tendo como integrar essas três ênfases, ainda não (...) tem algumas formas de integração, os residentes estão

tendo aulas juntos, o que seria uma forma de integrar, mas acho que não é só isso integração. Nós da terapia intensiva ficamos muito longe das outras ênfases, qualquer uma das três áreas fica muito afastada uma da outra e a gente não tem essa interação de uma ênfase com outra. Tipo referência e contra-referência de pacientes que vêm do posto e que volta para casa, isso ainda não tem, e isso seria uma integração e não apenas as aulas. As aulas também, mas acho o princípio da residência seria integrar o serviço, a residência enquanto serviço em si, entre as ênfases e dentro das diferentes ênfases” (E1).

“Eu acho que é uma integração difícil de existir e difícil de acontecer assim, na residência e no dia-a-dia de quem trabalha. Hoje, todos nós profissionais que estamos fazendo a residência nos integramos numa aula todas as segundas-feiras (...) mas da forma como que tem acontecido a gente vai acabar a residência e a integração vai continuar não existindo (...) A gente não sabe como o paciente era quando ele estava no posto de saúde. Porque não existe essa comunicação, na maioria das vezes” (E10).

Os relatos apontam uma visão idealizada de pensar o processo de interdisciplinaridade e integralidade da atenção fragilizando a RIS. Ensino é um espaço contraditório, político e transmite modelos sociais. Desse modo, esse processo ocorre com conflitos, dificuldades, que devem ser aproveitados para a transformação e a construção da RIS. Chamo atenção para a responsabilidade dos diversos atores, na qual sua participação, suas críticas e suas escolhas vão ocasionar mudanças. Essa dificuldade de integração é esperada e deve ser aproveitada no processo de formação, pois a RIS ocorre dentro de uma realidade institucional, educacional e política que reflete o cotidiano do trabalho e os agentes constantes e necessários para promover saúde e educação.

Transparece a necessidade de pensar nas novas concepções de saúde e suas implicações na atenção integral, no trabalho e na formação dos profissionais. A RIS deve buscar a formação de um profissional mais crítico que rompa com o caráter ritual de medicalizar a saúde. A RIS, enquanto formação, deve ser visualizada como “um trabalho coletivo que se transforma de acordo com as necessidades postas pela sociedade em que se insere, produzindo conhecimentos que não são neutros” (OLSCHOWSKY, 2001:14). Assim, parceria e o controle social dos diversos programas de residências, das instituições de ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais, dos gestores, da população em geral e dos Conselhos de Saúde devem, conjuntamente, contrapor-se ao modelo hegemônico que gira em torno da doença e de forma fragmentada. No GHC, não é diferente, pois o trabalho em rede e o fluxo de informações entre as diferentes áreas de ênfases ainda estão em fase de implementação.

“Nunca se trabalhou junto à volta dela para casa com o posto de saúde de onde ela era. Então está no papel e não na prática” (E8).

“É uma situação muito delicada, porque na própria instituição não se tem esse fluxo de referência e contra-referência. Não se trabalha muito com isso, um ou outro trabalha, mas não é algo concreto. Então, seria um trabalho que se começasse desde o início, desde a baixa na internação de onde esse paciente vem e com quem eu posso entrar em contato” (E6).

Outra questão relacionada à integração refere-se à dificuldade de integração do intensivismo com as outras áreas de ênfases: Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade.

*“Porque eles têm um olhar diferente da gente, então a gente acaba não participando muito, a gente se sente meio excluído. A gente acha que a comunitária e a mental interagem muito bem, porque são nível primário. Então pelo menos nas aulas do GEP (**Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC**), às vezes, que a gente tentou se manifestar com algum Estudo de Caso com alguma opinião a gente foi meio que massacrado, principalmente, pelo pessoal da psicologia e do serviço social, assim como se a gente fosse desumano por dar preferência de um leito (...) Como se isso fosse culpa nossa, isso é culpa da demanda, isso é culpa do sistema” (E8).*

“Porque culturalmente a UTI é vista de uma forma, por qualquer pessoa da sociedade que não entenda de terapia intensiva (...) Então, tem toda essa idéia e essa cultura de que a terapia intensiva trata a doença, de que trata a morte de que é só morte, de que todo mundo morre e que os profissionais que trabalham na UTI são frios e não se envolvem com os paciente (...) os principais conflitos são sobre a terminalidade e a seleção de pacientes para entrarem na UTI” (E10).

*“...eu acho que é mais difícil para mim ir lá na comunidade ver como é que ele vive. Claro assim, ver se tem saneamento básico, água encanada essas coisas que interferem principalmente na doença que fez com que ele viesse para UTI. (...) porque eu acredito que para eles (**residentes das outras ênfases**) é mais interessante vim num nível mais complexo, como é a UTI até para dar uma visão para eles depois de como é uma UTI, porque muita gente não sabe” (E9).*

Parece que os serviços possuem idéias, filosofias e problemas diferentes e não existe uma compreensão, por parte das áreas de ênfases, das particularidades vivenciadas pelos profissionais que atuam em cada setor. *“Realmente a gente pensa muito na nossa ênfase no teu dia-a-dia e não buscamos saber o que acontece com os outros” (E9).* Ressalto que os conflitos existentes entre as áreas de ênfases da RIS podem gerar novas construções para o trabalho em saúde, pois a integração acontece de diferentes formas, em diferentes momentos. A integração existe na sua negação, ou seja, integrar é desintegrar. É saber gerenciar as diferenças, os conflitos, as disputas, levando à possibilidade de novas ações (OLSCHOWSKY, 1996).

No entanto, torna-se imprescindível que os atores entendam que para alcançar a integralidade do cuidado em saúde é necessária a articulação dos diferentes serviços de atenção, visto que um setor sozinho não dá conta dessa tarefa, pois integralidade pode ser entendida como modo de organizar os serviços e das práticas de saúde, “crítica à separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, crítica aos programas verticais – integralidade tomada como horizontalização dos programas” (BRASIL, 2006e:2).

“Seria bom se a gente pudesse ter mais encontros, ter uma visão melhor do que os outros fazem e eles tenham uma visão melhor do que a gente faz (...) A gente tem os encontros, a gente tem os debates, mas as pessoas continuam tendo os mesmos conceitos de quando a gente iniciou a residência. Então seria mais vantajoso se a gente tivesse mais contato com as outras ênfases. Ou ir lá no campo, passar um tempo lá, nas outras ênfases (...) As ênfases são muito mais unidas por ênfase do que como um todo. Entre as ênfases ainda tem uma separação muito grande, mas que não deveria existir porque se é uma Residência Integrada e todas as ênfases deveriam andar numa mesma direção, mas parece que cada ênfase fica isolada” (E6).

A fala aponta uma perspectiva de busca num trabalho “*entre-disciplinaridade*”, em que a troca das experiências proporciona o trabalho coletivo em saúde, dá condições para possibilidade de intervenções, considerando a realidade concreta. Oportuniza a visibilidade que pode romper com a ditadura de um único saber para novas relações no cotidiano da saúde na RIS. No entanto, esse desejo de passar um período nas outras ênfases e conhecer a dinâmica de trabalho não é compartilhado por todos residentes.

“Até que eu acho interessante isso. Porque quando a gente fez aquela primeira semana de integração eu pelo menos fui visitar um posto. E quando tu chega, parece tudo a mesma coisa, mas quando eles falam dos programas a gente não tem nem idéia do que se trata. Eu acho que se a gente fizesse essa troca realmente a gente teria com que argumentar na hora de conversar a gente teria um respaldo na hora de conversar (...) mas minha ênfase é em intensivismo e eu não gostaria muito de passar pelas outras” (E9).

Esse processo de integração entre as diferentes áreas de ênfase não é homogêneo entre os entrevistados, pois os participantes desse grupo alegam que essa experiência na RIS fugiria da especialidade que eles escolheram.

“Deus me livre, porque daí eu não concordo porque se a minha residência é em terapia intensiva porque eu tenho que sair do meu campo pra ir num posto para conhecer a realidade deles, isso para mim não é Residência Integrada em Saúde (...) seria muito chocante, muito chocante, tu imagina alguém que trabalha em um posto ver a realidade de um paciente dentro da UTI, então eu acho que vai ter mais atritos do que a gente já tem em aula” (E11).

“Na verdade, quando eu me escrevi na residência, eu queria fazer uma residência só na terapia intensiva e o fato de eu passar um mês no Posto de Saúde vai fugir do meu objetivo” (E10).

Nestas transcrições, pode-se entender que os residentes procuraram a RIS pela expectativa de adquirirem conhecimentos técnicos e especializados dos cuidados intensivistas, transpondo-se a proposta deste programa de formação que busca múltiplas possibilidades de construção em saúde, ampliando os conhecimentos necessários aos profissionais da área, opondo-se ao olhar hegemônico da clínica tradicional. Assim, a RIS pode possibilitar uma nova forma de trabalho em equipe que favoreça a integralidade da atenção em saúde.

“Eu fazia uma idéia diferente, porque eu achei que a gente viria para cá e seria terapia intensiva pura, a gente ia trabalhar muito. É isso acontece, só que aí tem as aulas, tem o conhecimento teórico e tem a parte de humanização que se trabalha que eu não tinha conhecimento, tanto que foi uma das coisas que mais nos deixou intrigadas naquela prova que a gente fez que era para relacionar a enfermagem e as Leis do SUS, fale de humanização em terapia intensiva e a gente não entendeu o porquê daquilo” (E8).

“No início, eu pensava mais em fazer uma especialização. Porque eu não me sentia suficientemente preparada para entrar no mercado de trabalho. Quando entrei na residência sem saber que seria Residência Integrada em Saúde. Eu visualizava mais Residência em terapia intensiva e não Residência Integrada em terapia intensiva. Só que depois, com o passar, com as primeiras semanas quando eu comecei a enxergar que não era só eu que tinha tido essa visão. Eu não sei se foi mal explicado no edital. Eu não sei o que foi que faltou, porque todos residentes tinham entendido dessa maneira” (E3).

“Pelo nome a gente sabia que era integrada, mas não sabia como era esse integrada, realmente, eu não sabia mesmo, só sabia que era a fisioterapia e enfermagem no nosso caso e eu achava que era (silêncio). Não tinha noção de como que era trabalhar junto, mas realmente eu não sabia o que era” (E9).

Lopes e Baptista (2000), em um estudo sobre Residência em Enfermagem, descreveram que os residentes ingressaram num programa de residência, em busca de uma especialização na área de ênfase do curso, por insegurança frente ao mercado de trabalho e pela remuneração oferecida. Neste sentido, ainda referente aos motivos para cursar a RIS, os entrevistados trazem a procura de formação específica em intensivismo. As falas dos entrevistados remetem-nos à valorização nas especificidades da profissão, ao enfoque da doença e seus aspectos curativos, evidenciando uma luta hegemônica de saberes em saúde, mostrando uma visão fragmentada, compartimentalizada do fazer em saúde. É provável que essa visão de superioridade do intensivismo sobre as outras áreas de ênfases da RIS - Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental - relacione-se às idéias hegemônicas da saúde, as

quais supervalorizam as ações de cura da doença por meio de procedimentos técnicos e utilização de equipamentos de diagnóstico e tratamento. Os achados demonstram que foi essa concepção que levou os participantes a procurarem esse programa de residência na área de ênfase em intensivismo.

Alguns participantes não sabiam que estavam entrando numa residência integrada; outros sabiam, porém não conheciam a proposta dessa formação. Outro ponto a ser salientado é que não foi mencionando o desejo de fazer uma residência multiprofissional ou interdisciplinar, ao contrário, os entrevistados relataram como sua principal motivação a procurarem esse programa à especialização em intensivismo, associado a fatores financeiros, a possibilidade de atuar num hospital de renome e a melhor qualificação e capacitação para enfrentar o mercado de trabalho.

“Porque é a que oferecia justamente o que eu queria. Que era poder estar me especializando em intensivismo. Porque o hospital é um hospital bem conceituado. E porque se eu fosse fazer uma especialização fora eu não teria como, porque as maiores são pagas, e aqui eu ganho uma bolsa. Mas principalmente, estou sendo sincera! Eu sempre gostei muito de UTL, eu sempre gostei de estar nesse ambiente” (E4).

“Eu porque eu tinha muita insegurança. Eu saí da Faculdade, não só eu, mas muitas pessoas falam: eu saí sem saber nada. Então, é um jeito que tu tem para ter um respaldo profissional, mas tu já está atuando na tua área. Tu ganha experiência, tu começa, mas tu ainda tem um respaldo. Acho que isso é importante” (E5).

“Porque é a única em terapia intensiva para fisioterapeuta no Rio Grande do Sul (...) depois só tem fora do Estado (...) Mais ou menos. O meu conceito. Quando eu me escrevi na residência realmente eu imaginava que era uma coisa e realmente muitas coisas fugiram do que eu imaginava. Mas não por falha de quem organiza, enfim. Por falhas pessoais, assim, mas eu acho que no Hospital vários setores ainda não estão preparados” (E10).

Nestas transcrições parece que os residentes têm sonhos e expectativas em relação ao programa e, na prática, a realidade é diferente do que eles esperavam. Percebe-se o desconhecimento sobre o andamento da RIS, que resultam em queixas sobre a qualidade do ensino, havendo uma exigência por aulas específicas de núcleo, bem como fazendo com que eles queiram menor integração com as demais áreas de conhecimento. Essa concepção dos residentes não é compatível com a proposta da RIS, pois uma formação que se orienta pelo trabalho interdisciplinar com o meio de alcance da interdisciplinaridade não deve ser desenvolvida dentro de uma única realidade ou nível de atenção.

Independente das dificuldades apontadas pelos residentes sobre a implementação da RIS, os residentes referem consenso sobre a importância dessa formação.

“Bom! Eu acho que é muito bom! Esse período que eu estou terminando, agora, meu segundo ano. A vivência que a gente teve na terapia intensiva, tanto no adulto como pediátrico, neonatal a gente teve uma visão do todo” (E2).

“A gente acha pouco dois meses em cada campo. Mas, em dois meses, a gente pega muita coisa, a gente vê coisa que nunca se vê numa Graduação. Acho que essa proposta de teoria e prática muito boa” (E8).

“A gente está aprendendo muito a cada dia. Pode ver, hoje mesmo, por aqui, eu estou aprendendo coisas novas. Estou aprendendo sim, ela está me ensinando, mas eu estou aqui trabalhando” (E5).

“Estou vendo que eu não sei nada e, que, quanto mais eu estudo, menos eu sei. É muito bom trabalhar em terapia intensiva e, isso me estimula. Até agora, aqui na NEO, eu estou levando um susto, porque eles são muito pequenos. São essas coisas, são as aulas, têm aulas que estão se superando assim, estão sendo muito boas. Eu acho que essa parte porque eu acho que a gente que faz também a residência a gente tem que estar correndo atrás” (E11).

Segundo Alcoforado (1978), a residência contribui, de um lado, para a especialização de profissionais; de outro, para melhorar a qualidade da assistência prestada no serviço do programa de residência. O ensino contribui na formação e qualificação do residente, o serviço possibilita que esse profissional vivencie o contexto dos serviços de saúde, auxiliando na formação integral desse aluno e na organização do serviço, neste sentido, “pode-se inferir que a estruturação e a proposta pedagógica que a residência propõe de articular ensino, serviço e comunidade, é enriquecedora para todos envolvidos” (TEIXEIRA et.al., 2006). Sendo assim, além do benefício do aluno no GHC, saliento que a instituição também sofre transformações, pois a “*residência traz um novo olhar sobre o serviço*” (E10). E esse novo olhar oportuniza refletir a respeito das intervenções instituídas nesse local, provocando questionamentos que podem gerar mudanças necessárias no processo de saúde.

Esse novo olhar, igualmente, é apontado por Porto (1962), referindo que programas de residência renovam e revigoram os serviços, pois os residentes ficam o tempo necessário da formação, período que conhecem os processos cotidianos, suas rotinas e, em seguida, são substituídos por outros residentes que vêm com o mesmo desejo de aprender e trabalhar; ao contrário dos profissionais contratados que permanecem por anos seguidos no mesmo setor, levando-os a naturalizarem os processos que ocorrem nestes serviços.

Assim, percebo a RIS como um marco na formação de trabalhadores da saúde, bem como para as instituições onde esse programa se desenvolve. É uma proposta inovadora que busca o compromisso com o SUS, a solicitação do trabalho interdisciplinar e a construção de fluxos intersetoriais que garantam a continuidade de atenção à saúde em seus diferentes níveis de atendimento. Neste sentido, também, visualizo a RIS como benefício aos usuários dos serviços de saúde por ser uma proposta de educação norteada por concepções ampliadas de saúde, tendo como objetivo a integralidade da atenção.

7 A IMPLEMENTAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Neste capítulo, aborda-se a categoria temática **“Estrutura e Organização da RIS no GHC”**, que incluiu as unidades de registro: implementação da RIS, organização e a estrutura curricular, o papel dos profissionais envolvidos nesse programa e a evasão dos residentes.

A RIS é um programa de ensino em serviço que atende, entre outros objetivos, a proposta de formar profissionais para atuarem no SUS. Esse programa pretende transformar a realidade dos serviços de saúde, desenvolvendo atividades educativas para além da aquisição de competências técnicas, visando ao desenvolvimento de um novo perfil profissional.

Um dos pressupostos do SUS é a integralidade da atenção em saúde, mas existe uma distância considerável entre o que é preconizado por esse sistema e a realidade dos diferentes âmbitos de atenção à saúde, pois, no cotidiano desses serviços, os profissionais continuam enfocando hegemonicamente o cuidado curativo ao corpo biológico, dessa forma, desconsiderando a história de vida das pessoas e as necessidades psicossocioculturais, conhecimento, este, indispensável para garantir um cuidado integral. Torna-se imprescindível um profissional habilitado ao trabalho em equipe, responsável e preocupado com as pessoas atendidas e não apenas com a execução de procedimentos técnicos, ou seja, que ele desenvolva um perfil mais flexível para atender a integralidade da atenção em saúde. Sendo assim, não há dúvida da necessidade de um profundo processo de mudança no perfil dos profissionais para atuarem na área da saúde (CECCIM, FERLA, 2003).

A partir do ano de 2003, o GHC começou a prestar atendimento exclusivo aos usuários do SUS, acarretando numa reestruturação desta instituição para atender aos princípios e diretrizes desse sistema. Neste sentido, iniciou-se, neste local, projetos que visavam à integralidade da atenção em saúde, tais como “Visita Aberta”, “Internação Domiciliar”, implementação de “Linhas de Cuidados” e, entre eles, a criação da própria RIS.

No GHC, a RIS iniciou com a aula inaugural da primeira turma que ocorreu no dia 1º de julho de 2004, sendo o primeiro Programa de Residência que tenta integrar os seus serviços de atenção básica às unidades de terapia intensivas, oferecendo três áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Intensivismo. Assim, a RIS/GHC foi construída nesse contexto, com suas características próprias. Essa singularidade era esperada, pois um programa de RIS, deve levar em consideração os sujeitos envolvidos nesse processo: os usuários do serviço e os profissionais envolvidos nesse curso de formação.

Em relação ao processo de implementação da RIS no GHC, acredito que ele tenha sido influenciado pela cultura assistencial dessa instituição, pois, apesar de servir de campo de estágio para formação de profissionais da saúde e da existência de programa de Residência Médica, apenas no ano de 2003, ou seja, um ano antes do início desse programa, o GHC começou a se transformar num Pólo de Educação Profissional. Fato que aumentou, consideravelmente, sua responsabilidade com a formação profissional. No intuito de consolidar essa transformação, no decorrer dos últimos anos, foram instituídas mudanças em relação aos recursos e à área física da instituição com a aquisição de novos exemplares de livros, filmes e revistas e instalação de microcomputadores na biblioteca, acesso à base de dados, criação de salas de aulas com disponibilidade de multimídias, incentivo à pesquisa institucional, entre outras transformações que vêm acarretando em benefício ao programa de RIS.

“Ainda tinha muitos hospitais que não estavam preparados para receber um residente trabalhando a interdisciplinaridade. Em alguns serviços, assim, teve bastante dificuldade. A primeira turma teve mais, mas a nossa, que era a segunda, tivemos alguma coisa. Mas acho que a gente ainda sentiu um pouco de resistência no campo. E, às vezes, de alguns profissionais que não sabiam quem tu era” (E3).

“No começo é bem complicado, mesmo porque nem a instituição estava bem preparada. Nem os campos estavam estruturados e nem os residentes sabem exatamente qual o nosso papel dentro da instituição. A gente fica muito perdida, mas, com o tempo, com as mudanças, a gente vai melhorando” (E6).

“A residência é algo recente. Tanto que a gente tem muitos problemas, porque é assim tudo muito novo. Mas eu acho que é uma oportunidade maravilhosa para quem está iniciando para quem nunca trabalhou na área. Acho que isso acrescenta muito, muito, muito para gente (...) Eu acho que muitas coisas estão em construção. Muito já se ganhou, mas muito se tem a conquistar” (E4).

“Acho que as coisas estão começando a se organizar (...) esse ano a gente fez uma comissão que não tinha, (...) não tem Comissão Nacional, não tinha associação, que a gente criou esse ano também. A gente está se organizando, tem muitas coisas para

gente construir. Tem muita coisa ainda para ser construída, então e a gente está fazendo parte dessa construção” (E7).

“Eu acho que tem muita coisa para ser mudada, mas eu acho que está no caminho certo (...) a residência está passando por uma avaliação diária por todo mundo assim, tanto pelos preceptores, quanto pelos residentes. (...) a gente discute isso diariamente e se tem uma reunião a gente fala disso direto. E eu acho isso uma coisa muito positiva para implementação da residência mesmo” (E10).

Os relatos apontam o “estranhamento inicial” de processos de mudanças considerando o início da RIS no GHC, assim sua implementação traz necessidades de reorganização na estrutura, bem como conhecimento dos sujeitos envolvidos nesse processo.

De acordo com Campos (2007), mesmo que o SUS tenha sido criado com a publicação da Constituição Brasileira em 1988, há imensos obstáculos no caminho, faltam elementos para planejar e gerir uma rede complexa de atenção à saúde, falta política de pessoal, falta incorporar avaliação à gestão e falta subordinar a avaliação aos objetivos e metas do SUS. A RIS é uma das estratégias para superar esses obstáculos, tornando-se indispensável o entendimento de que o GHC e os profissionais que nele trabalham não poderiam estar preparados para implementar essa modalidade de residência, porque os atores ainda eram e são formados pela lógica do modelo clínico, tendo o foco de suas ações na doença, limitando o trabalho em saúde, sendo assim, o preparo vai acontecendo no decorrer da caminhada.

Um programa de residência deve ser construído de acordo com o perfil sociodemográfico da população, tendo em vista que a utilização dos serviços de saúde é o produto de um conjunto de interações entre os profissionais da saúde e os usuários que por aqueles são assistidos, ocorrendo dentro de um ambiente organizacional. Ceccim e Feuerwerker (2004) contribuem com essa reflexão ao referir que a demanda para educação dos profissionais da saúde não pode ser definida apenas por meio das necessidades individuais de atualização técnica, nem pelos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas encontrados no trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção integral à saúde, sendo, esta, relevante, humanizada e de qualidade para população. Neste sentido, independente da existência de outros programas de RIS, o programa no GHC vem sendo constituído de acordo com o contexto e singularidade da instituição, de seus diferentes atores e necessidades dos usuários atendidos neste local, e essa dinamicidade, necessária, pode deixar transparecer que o programa está desorganizado.

Outro aspecto a ser considerado é que, por melhor que um programa seja planejado, ele deve ser continuamente reavaliado e, se preciso, reformulado para atingir os objetivos pretendidos pelo curso. Independente do planejamento prévio realizado antes do início de uma residência, ele sempre precisará de ajustes estruturais e organizacionais, pois como aponta E10: *“Nenhum programa inicia cem por cento organizado”*. E, esse processo não deve se limitar aos primeiros anos de desenvolvimento do programa, mas uma formação de qualidade deve ser reestruturada continuamente conforme as dificuldades e necessidades que vão surgindo com o passar do tempo.

Uma característica dessa proposta é o trabalho interdisciplinar que é outro fator que exige flexibilidade, pois a interdisciplinaridade é uma atividade que não está posta, ela deve ser elaborada coletivamente e reformulada de acordo com a realidade e com as características das pessoas envolvidas no processo (GATTÁ, 2006). Assim, a dinamicidade e flexibilidade são características indispensáveis da RIS, visto que o programa possui a proposta inovadora de formar em equipe interdisciplinar e almeja levar os diferentes atores a refletir sobre a realidade da saúde e transformá-la. Ao adotar uma pedagogia problematizadora, a RIS pretende utilizar metodologias de ensino que estimulem a criatividade e a invenção de novas formas de cuidar, ultrapassando a prática de transmissão linear de conhecimento, induzindo o residente a se apropriar dos conhecimentos, transformando-os com suas vivências no campo da prática para que ele possa aplicá-los nas situações reais e concretas da vida profissional.

Nos relatos dos participantes desse estudo, transparecem as dificuldades da RIS/GHC, bem como o reconhecimento de que esse programa está em processo de implementação e tem apresentado melhorias em relação ao seu período inicial. Evidencia-se o caráter dinâmico das atividades de natureza interdisciplinares que são pouco controladas e, por esse motivo, segundo Gattá (2006), podem parecer confusas e conferirem desconforto para as pessoas que possuem necessidade de atuar dentro de padrões rigidamente estabelecidos.

Em relação às dificuldades de implementação de um programa de residência, Lopes e LIMA (2000) sugerem a falta de políticas públicas e a falta de empenho da direção das instituições de saúde que não proporcionam condições de desenvolvimento para esses programas. Na RIS do GHC, não foi isso que aconteceu, ao contrário, é fato que a direção, motivada por incentivo do Ministério da Saúde, vem empenhando-se para implementar esse programa de residência, o que considero positivo nessa construção. Entretanto, algumas

peças interpretaram esse interesse da direção como um mecanismo de imposição dessa proposta de formação.

“Na verdade, a residência não foi uma conquista, foi mais uma imposição. E quando se impõe uma determinada coisa até que as pessoas aceitem leva algum tempo. Em tudo que é imposto é visto com um olhar diferente. Não foi a equipe que se juntou e disse vamos buscar, vamos atrás da residência. Acho que é por isso que fica essa distorção (...) Porque pelo que falam. Pelo que surgiu. Eu digo ser imposta porque veio da direção para baixo. Não foi uma coisa da UTI do Conceição: Vamos fazer uma residência, vamos atrás ver o que precisa, vamos ver se a direção libera. Eu acho que se fosse isso a equipe estaria mais preparada” (E3).

“Grande parte dos erros que se tem hoje, das deficiências da residência, se dá por esse motivo, porque os profissionais que estão envolvidos na residência, a grande maioria, mais de 60% desses profissionais não estão comprometidos com essa residência. E esse é o grande déficit que se tem. Porque a gente tem que contar com pessoas que não se comprometem com a gente. Sabe que na verdade vê isso como uma obrigação e não como uma necessidade do Hospital para crescer, porque na verdade o Hospital precisa disso” (E10).

Nas transcrições, evidencia-se o aumento das responsabilidades dos trabalhadores que eram exclusivamente assistenciais e começaram a assumir atividades de ensino, no caso da preceptoria da RIS, ocasionando desconforto e sentimentos negativos que são passados para os residentes.

Na criação da RIS, alguns profissionais foram convidados a discutirem e implementar esse programa. No intensivismo, foram incluídos nessas discussões, principalmente, os profissionais que seriam os futuros preceptores que foram escolhidos pelo tempo de casa e, especialmente, pela qualificação especialista porque não existiam mestres e doutores nessas áreas. Mesmo que a direção tenha convocado as pessoas a planejarem esse programa de ensino em serviço, algumas mantiveram-se distantes desse processo, pois, geralmente, os profissionais de saúde centram-se no fazer de suas atividades assistenciais, afastando-se dos planejamentos referentes à gestão do seu processo de trabalho, o que leva a descontentamentos e dificuldades nas transformações que o cotidiano do trabalho requer.

Em alguns casos, a pessoa convidada para ser preceptor era o único contratado daquela categoria profissional, naquele local, sendo assim, caso esse não aceitasse a preceptoria, não seria possível a inclusão de residentes daquela categoria na área. Provavelmente, isso colaborou para que alguns preceptores tenham se sentido na obrigação de aceitar a

preceptoria. Mesmo assim, não entendo que essas pessoas tenham sido “obrigadas” a assumirem essa tarefa.

Não existe um poder absoluto exercido exclusivamente por um núcleo central. O poder é distribuído numa rede de micropoderes, na qual há possibilidade de resistência. Neste sentido, chama a atenção para as resistências das nutricionistas que não aceitaram a preceptoria desse programa e, por conseguinte, essa categoria não se encontra incluída neste programa, bem como o caso da medicina que não aceitou a integração do programa de Residência Médica com a RIS.

Outra questão que influenciou o processo de implantação e construção da RIS no GHC foi a integração, inicial do Aperfeiçoamento em Serviço das outras categorias profissionais com o programa de Residência Médica existente na instituição, gerando conflitos, uma vez que houve uma integração “forçada”. Os médicos entenderam que compartilhar os mesmos conhecimentos com as demais categorias profissionais da área da saúde implicava na formação de um profissional “multifunção”. O que pode ser interpretado como uma ironia à RIS devido ao desconhecimento dessa proposta de formação que preconiza integralidade, muitas vezes, interpretada pelos profissionais da saúde como perda da especificidade profissional e de sua identidade no processo de saúde e, também, perda da hegemonia nas ações.

A regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde, no ano de 2005, possibilitou a constituição da RIS/GHC como um programa independente da Residência Médica, desse modo, atualmente, os dois programas coexistem no GHC. Considero essa separação como um retrocesso nas políticas de educação profissional da saúde. Penso que o médico é um dos membros da equipe de saúde que deveria participar das atividades integradas para contribuir na tentativa de criar alternativas a proporcionar um atendimento integral à população. No entanto, os achados desta pesquisa demonstraram que essa separação facilitou a implementação da RIS no GHC, como se percebe nos relatos que seguem:

*“aquele problema todo com os residentes (**médicos**) barrou um pouco, também, atrapalhou. (...) eles queriam nos convencer de que o enfermeiro deveria fazer residência em enfermagem e o fisioterapeuta residência em fisioterapia (...) E esse ano, como a maioria dos que eram contra dos residentes (**médicos-residentes da medicina interna**) acabaram saindo. Eu acho, também, que melhorou bastante a gente conseguiu ter mais integração e eles (**médicos-residentes**) conseguiram trocar mais e aceitar a*

gente dentro da UTI. No ano passado tu não era bem visto. Ou até era bem visto, mas tipo assim eles tentavam sacanear de alguma maneira” (E3).

Diante do exposto até esse momento, evidencia-se que no seu início a RIS/GHC enfrentou algumas dificuldades devido às resistências, à falta de entendimento da proposta e pelo caráter dinâmico, flexível e inovador inerente a esse programa de formação, que preconiza o trabalho interdisciplinar e problematização da realidade dos serviços de saúde com o objetivo de transformá-lo em direção a consolidar o SUS. Em relação a essas dificuldades, o GHC tentou superá-las ou, pelo menos, atenuá-las, então, desenvolvendo estratégias para qualificação dos trabalhadores envolvidos com a implementação da RIS por intermédio de convênio com instituição de ensino, oferecendo vagas em cursos de pós-graduação, em nível de especialização, mestrado e doutorado, em especial para os preceptores desse programa (BALTISSEROTTO et.al., 2006).

Os entrevistados identificam o oferecimento de capacitação aos preceptores e orientadores da RIS, porém percebem descontentamento de alguns profissionais envolvidos com o programa com o retorno financeiro que essa formação acarreta.

“Eu sei desses cursos de metodologia da pesquisa, que deveria ser freqüentada por todos preceptores (...) para que eles possam nos orientar no trabalho de conclusão” (E11).

“O salário é uma coisa que não cobre o que os preceptores fazem mesmo. É claro que tem outros que não fazem mesmo. Eu acho uma coisa totalmente injusta, se é bem assim que acontece. Eu não sei, mas é o que eu ouço falar. Te chamam para ser preceptor, tu tem que ser preceptor e tu tem o teu horário de serviço para cumprir e daí tu não é liberado, tem serviço e tu não é liberado do teu serviço e tu tem que fazer isso fora do teu horário (...) Quando uma coisa é imposta tu não faz como deveria. E a gente sente sim uma falta de estímulo de certos preceptores. Mas tem aquilo do salário que não estimula muito” (E5)

Evidencia-se uma postura queixosa por parte de alguns profissionais aos residentes. A RIS necessita de pessoas comprometidas com essa proposta, porque essa não é uma tarefa fácil, exigindo engajamento, esforço e, principalmente, vontade e “gosto” pelo ensino. *“Quando tu assume o cargo de preceptor tem que saber que vai assumir uma responsabilidade e vai estar comprometido com a residência.” (E7).*

Além das atividades oferecidas aos trabalhadores pela instituição, outro aspecto positivo que a RIS trouxe foi que o início desse programa fez com que os profissionais

buscassem atualização e qualificação por iniciativa própria para exercerem o novo papel de educador.

“Os profissionais daqui têm muito conhecimento e, depois do início da residência, essas pessoas começaram a buscar capacitação, mestrado, doutorado e até mesmo especialização. As pessoas começaram a ver a importância de se atualizar e aprender mais para ensinar o residente. Acho que está melhorando muito. As pessoas se desacomodaram” (E2).

No intensivismo, a RIS fez com que os trabalhadores se “desacomodassem”, procurando qualificação em suas ações por meio da realização de cursos, investindo em sua capacitação para o trabalho. Fenômeno semelhante foi descrito na literatura por Barros e Michel (2000), que relatam o início de um programa de Residência em Enfermagem, em seus locais de trabalho, ocasionando nas enfermeiras a procura por cursos de pós-graduação para se instrumentalizarem a fim de assumir a tarefa de acompanhar os residentes.

Os entrevistados apontam que, na RIS/RS –Intensivismo –, nem todos os profissionais buscaram capacitação e qualificação, mas identificaram que esse fenômeno pode ser considerado um ganho para a instituição, garantindo de alguma forma a qualificação da atenção em saúde, pois, no cotidiano do hospital, esse processo repercute na possibilidade de conhecimento e transformação do contexto, independente da quantidade de pessoas que busquem o crescimento profissional. Assim, pode-se inferir que a RIS trouxe aprimoramento da prática profissional no GHC, bem como aprofundamento de seus conhecimentos repercutindo em benefício aos usuários dos serviços de saúde da instituição onde o programa se desenvolve.

A respeito da organização e estrutura curricular da RIS, os participantes avaliaram que há uma percepção de que o programa está melhor em relação aos primeiros anos de implementação: *“(...) as coisas estão em construção. Muito já se ganhou, mas muito se tem a conquistar. Acho que a gente está mostrando quanto à importância ao serviço. Mas eu acho que se tem muito para crescer” (E4).*

Ainda, relacionado à estrutura curricular da RIS, uma questão apontada nesta avaliação refere-se à carga horária desse programa de residência que, apesar de ser considerada extensa, e parece que existe um descontentamento em relação ao número de horas desse curso desenvolvido no GHC, coexiste um entendimento sobre essa determinação:

“a carga horária é bastante puxada, mas é a carga horária normal de uma residência, como o próprio nome diz a gente quase mora aqui” (E10).

Os cursos de Residência da Área da Saúde no Brasil, geralmente, possuem uma carga horária semanal de 60 horas e contam com atividades teóricas e práticas, sendo que a maior parte da carga horária é dedicada às atividades práticas (BALTISSEROTTO et.al., 2006). O residente da RIS/GHC – Intensivismo – deve realizar 60 horas semanais; destas, 54 são dedicadas às atividades práticas e as outras seis horas para as atividades teóricas. O número elevado de horas dedicadas às atividades práticas é uma característica específica dos cursos de residência. O tamanho da carga horária dos programas de residência é uma queixa freqüente de ex-alunos dos cursos de residência (LOPES e BAPTISTA, 2000). Os autores consideram a carga horária dos programas de residência uma jornada exaustiva e chamam atenção para o fato de que, ao longo dos dois anos de curso, os alunos começam a desanimar, o que está de acordo com os achados dessa pesquisa.

“Agora eu acho extensa, no início, eu adorava. Porque, no início, eu tinha recém-saído da Faculdade, sem nunca ter trabalhado e eu adorava fazer plantão e ter a semana toda cheia. Tu está aprendendo. E agora que está fechando um ano tu está cansada (...) porque a gente deixa os trabalhos para a última hora (...) com a história do seminário de bioética, a gente tem se encontrado todas as tardes. A gente tem acumulado algumas coisa tipo assim: agora vocês vão dar aula, vocês vão apresentar o trabalho de conclusão de vocês. Vocês agora têm um monte de coisa para fazer. Vocês isso, vocês aquilo” (E8).

“Os R2 estão mais desmotivados do que a gente, eles não estão mais a fim de assistir as aulas, eles deveriam nos estimular, mas é nós que tentamos estimular eles parece que eles estão cansados” (E7).

Durante a caminhada, as expectativas iniciais dos residentes, que eram de apreender, trabalhar, discutir os casos e melhorar a realidade dos serviços de saúde e do próprio programa de residência, parecem que vão esmaecendo e, no final da residência, eles tendem a se conformar e reproduzir as práticas assistenciais centrando-se na execução das tarefas. Além do desânimo, a cobrança e o número de atividades solicitadas aumentam, levando os residentes a se sentirem sobrecarregados do meio para o final da residência.

A RIS foi planejada para que os alunos ampliem seus conhecimentos participando de atividades teóricas e práticas. O eixo teórico do programa tem estabelecido sua estruturação de acordo com o domínio do campo e núcleo, sendo denominado de **Campo de Atenção à Saúde** as atividades que contam com a participação de todos residentes matriculados na

RIS/GHC e **Campo Específico da Área de Ênfase em Intensivismo**¹⁴ as atividades destinadas aos residentes da enfermagem e fisioterapia que cursam essa formação com ênfase em intensivismo. Destaco que nos projetos enviados ao Ministério da Saúde não existe nenhuma referência a atividades específicas aos diferentes **Núcleos Profissionais** específicos de cada categoria profissional (BRASIL, 2003 e 2006c). Porém, de acordo com os cronogramas de atividade da RIS (BRASIL, 2006d) e pelos relatos dos participantes, essas atividades de núcleo têm acontecido.

Enquanto as atividades teóricas do **Campo de Atenção à Saúde** integram os residentes das três áreas de ênfases da RIS: Saúde da Família e da Comunidade, Saúde Coletiva e Intensivismo, as atividades do **Campo Específico da Área de Ênfase em Intensivismo** integram as diferentes categorias profissionais desta área. No intensivismo, atualmente, participam os residentes da enfermagem e fisioterapia (BRASIL, 2003 e 2006c).

No período de 2004 a 2006, as atividades teóricas propostas para integrar os residentes das três áreas de ênfase: Saúde de Família e Comunidade, Saúde Mental e Intensivismo, não aconteceram, individualizando a idéia de conhecimento de campo da saúde, conforme proposta no planejamento da RIS, sendo desenvolvidas somente as atividades de **Campo Específico do Intensivismo**, do **Núcleo Profissional Específico da Enfermagem** e do **Núcleo Específicas da Fisioterapia**.

“no ano passado, a gente praticamente não tinha contato com as outras ênfases (...) eu acho que esse ano tentaram melhorar, porque a gente acabava não encontrando os outros residentes. Agora com os seminários de pesquisa a gente se encontra” (E2).

¹⁴ O Campo Específico da Área de Ênfase em Intensivismo pode ser considerada campo quando relacionada aos núcleos de conhecimento específicos da enfermagem e da fisioterapia e pode ser considerado núcleo relacionada as demais áreas de ênfases que compõe o Campo da Saúde.

Em 2006, as atividades do **Campo da Saúde** começaram acontecer, o GEP implementou dois tipos de atividades os **Seminários de Pesquisa** para os R2 e os **Seminários Integradores** para os R1 daquele ano. Os **Seminários de Pesquisa** visam discutir e subsidiar as propostas de investigações a serem desenvolvidas no decorrer da residência, orientando para a realização da monografia final do curso, um dos critérios para a conclusão da RIS. Os **Seminários Integradores**, conforme a proposta metodológica, realizavam-se por meio de estudos de casos, buscando discutir situações de saúde das pessoas, aprofundando teoricamente os problemas encontrados, desse modo, propiciando aos residentes as ações de saúde no cotidiano dos diferentes serviços de saúde do GHC ou, pelo menos, que conhecessem as experiências de trabalho das outras áreas de ênfases: Saúde da Família e da Comunidade e Saúde Mental (BALTISSEROTTO et.al., 2006).

“A gente, os R2 têm, mas é uma vez por mês aulas juntos, mas é de seminário de pesquisa, mas aí é uma aula de pesquisa que é nos passado, é dada para gente, a gente é ouvinte a gente é expectador então está junto no mesmo espaço físico. Os R1 têm, eles fazem mais estudos de caso e eles e a deles é três segunda por mês, daí eles se vêm mais e o tipo de aula que é dado para eles é uma forma de integração a nossa não é uma forma de integração (E1).

“Há realmente não tem muito assim. A gente se encontra mais naquelas aulas integradas da segunda-feira e deu. Até porque tem um churrasco e eles nos convidam só pelo computador e a gente foi uma vez e acaba não tendo muita integração. E a gente teve Estudos de Caso, já nessas aulas de segunda-feira, que era para integrar, mas parece que fica numa disputa assim: nós do intensivismo achando que a saúde da família e da comunidade teria que ter um pouco mais de desempenho. Se eles têm as áreas deles e sabem que o paciente está internado porque que eles não vêm no hospital para ver. Porque a gente sabe que o paciente está aqui dentro tem uma vida lá fora, mas para mim parece que é muito difícil ir até lá, pelo menos é o que a gente pensa. E daí fica essa disputa porque eles acham que a gente pensa que é só o intensivismo que importa. Mas não é isso. Então, toda vez que se tenta, sempre, dá uma discussão. Quando tenta integrar assim, quando tenta mostrar, parece que cada um quer puxar para o seu lado e não, e a gente não chega num consenso” (E9).

Nestes relatos, identifico, nos residentes, uma dificuldade na formação, à qual, em várias situações, os alunos têm uma postura queixosa, depositando, nos preceptores, convidados e até entre eles mesmos, a responsabilidade pelo andamento do processo de ensino e aprendizagem. Os residentes avaliam os seminários de pesquisa como atividades teóricas em que pouco conseguem realizar trocas de idéias. Integrar não é fazer com que todos sejam amigos e que cheguem a um consenso a respeito de tudo que é discutido no grupo, mas é necessária uma postura flexível e respeitosa da parte de todos atores em busca dos consensos possíveis.

Assim, na RIS, é necessário entender as três ênfases não como saberes isolados, compreendendo que não se pode esperar a mesma dimensão do cuidado em todas as profissões e em todas as áreas de ênfases, nem entendimento idêntico em relação ao trabalho em saúde. Espera-se que ocorram mudanças de relações entre as diferentes profissões, práticas inovadoras e problematização dos saberes e das competências específicas de cada profissão e de cada área de ênfase. Nesta perspectiva, o processo pedagógico da RIS aparece como um desafio em construção, tendo presente que não se aprende por mera transmissão de conhecimento, sendo indispensável um permanente e constante intercruzamento de diferentes disciplinas que dão “qualidade” às ações integradoras para atenção em saúde.

Os entrevistados relatam que, nos **Seminários Integradores**, as diferentes áreas de ênfases, frequentemente, entram em conflito porque as experiências de trabalho e os paradigmas teóricos utilizados eram diferentes. E, essa dificuldade de integração é percebida com mais intensidade entre o intensivismo e as outras áreas de ênfases: Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. Sob essa ótica, é necessário assumirmos que, em muitos momentos, residentes e profissionais não conseguem integrar os objetivos desse programa, pois parece que priorizam um conhecimento acadêmico e informativo constituído com a pedagogia tradicional, na qual o objetivo é a transmissão de conteúdo do professor para o aluno, e não é preconizado que o aluno desenvolva uma consciência crítica ou discuta sobre os assuntos abordados (BORDENAVE, 1999).

A formação profissional deve estimular os residentes a refletirem sobre os problemas do SUS e tenta criar novas alternativas para solucioná-los, porque a pedagogia problematizadora, preconizada pela RIS, objetiva formar um aluno crítico (BORDENAVE, 1999). A RIS é um programa que pretende formar profissionais mais humanos críticos e responsáveis para atuarem em equipe, tentando atender a integralidade da atenção em saúde. Para atingir essa proposta é preconizada a **Educação Permanente em Saúde**, que visa à transformação das práticas de atenção à saúde por meio da utilização da pedagogia problematizadora. O uso dessa pedagogia permite ao aluno desenvolver a capacidade de construir seus conhecimentos em virtude de situações observadas na realidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a; BALTISSEROTTO et.al., 2006).

Apenas partilhar a mesma sala de aula não garante a integração, o que pode ser esperado em uma formação comprometida com a integralidade e com o SUS são cenários de

aprendizagem, métodos de ensino, conteúdos, avaliações e orientações ético-políticas, coerentes e correspondentes com essa proposta (CECCIM, CARVALHO, 2005). No entanto, independente da metodologia de ensino, acredito que a integração entre diferentes áreas de conhecimento não é tarefa fácil.

Referentemente aos conteúdos a serem desenvolvidos nas atividades do Campo da Saúde na RIS, foi apontada a necessidade de incluir “*a questão da integralidade, (...) não ser só o seminário de pesquisa, (...) os princípios de SUS, (...) aprofundar mais essa questão dos SUS, coisas de epidemiologia, (...) referência e contra-referência*” (E5). Concordo que esses assuntos relacionados a políticas públicas devam ser abordados na RIS, porém, durante a avaliação, teve pessoas que relataram que não desejavam estudar mais a proposta do SUS, o que pode ser evidenciado no relato a seguir: “*Não precisa, todo mundo já sabe dos princípios do SUS, nós estudamos isso para o concurso da residência*” (E11).

Acredito que todos os residentes já tiveram algum contato com esse referencial teórico, mas sua implementação na prática cotidiana, possibilitando o atendimento integral à saúde, propiciando acesso aos usuários do serviço e estimulando o controle social, ainda é uma temática a ser trabalhada por todos os profissionais da área da saúde, pois implica no reconhecimento de diferentes visões de mundo e na necessidade de refletir acerca de que saúde queremos e desejamos. Isso porque esses conhecimentos não estão postos, eles devem ser construídos de acordo com as diferenças loco-regionais, como preconizado pelo SUS.

Podemos entender que o “descaso” de alguns participantes com os pressupostos teóricos do SUS está ligado à sua percepção especialista, orientada pelos saberes biológicos do modelo clínico que têm uma concepção simplista em relação aos problemas de saúde, com grande ênfase no tratamento de patologias, limitando o entendimento do homem e sua saúde à intervenção de causa-efeito, classificando os procedimentos e prescrevendo práticas normativas e individuais: “*as patologias deveriam ser estudadas mais a fundo, o conteúdo fica muito superficial*” (E11). “*Pode ser integrada porque daí a gente estuda as patologias e as intervenções*” (E9); “*este ano está melhor, porque o cronograma foi dividido por sistemas*” (E7).

Além da valorização, por parte de alguns entrevistados, dos conhecimentos relacionados a patologias, chama atenção a valorização da divisão dos conteúdos que se

estruturam de acordo com os sistemas do corpo humano. Pois, as atividades de ensino que fracionam os currículos em sistemas corporais e órgãos, desvinculando esse corpo biológico da sua história e do seu modo de vida, pouco contribuem para superação da fragmentação do cuidado. Isso porque a adoção da divisão de conteúdos por sistemas dificulta o entendimento da complexidade dos processos de saúde-doença (CECCIM, 1998).

Pensar em formação profissional para o SUS requer um posicionamento ético, político e cultural dos residentes, preceptores do GHC e da sociedade. É ter presente que essa construção ocorre na vivência diária dos serviços de saúde, na qual não há receitas prescritivas, mas a experiência das necessidades postas e as subjetividades envolvidas constituirão a idéia ampliada e complexa do que é a RIS e das ações para sua implementação. Assim, os residentes, durante o processo de negociação desta avaliação, trouxeram como consenso possível a importância das áreas pensarem o SUS enquanto atores que o constroem.

A RIS deve ser compreendida como uma prática social a qual requer que seus conteúdos teóricos sejam estruturados em coerência com a proposta dessa formação, ou seja, seu currículo deve possuir compromisso com o SUS e com o projeto de integralidade da atenção em saúde. Assim, há necessidade de criticidade na implementação e organização desse programa, desse modo, buscando contribuir na construção dessa proposta, legitimando seu currículo, bem como as transformações indispensáveis apontadas ao longo desse processo de avaliação.

Relativo às atividades teóricas de campo da área de ênfase em intensivismo, os residentes avaliaram que elas são proveitosas, contudo, também, julgam que é restrita, principalmente porque a carga horária não é cumprida.

“Eu acho que as aulas teóricas são bem proveitosas, poderia ter mais aulas teóricas” (E9).

“O problema não é aumentar a carga horária teórica deste programa, pois já estaria bom se fosse cumprido (...) as aulas começam às duas horas e deveria ser até às cinco, mas às vezes elas terminam às três horas (...) se fosse só para trabalhar eu não estaria numa residência eu estaria num emprego” (E10).

“O problema é que em função de ter as palestras com pessoas que não são da residência a gente fica muitas aulas que são suspensas” (E6).

“Se tinha aula e o palestrante não veio, por que eu tenho que voltar para o campo?(...) Se for aula teórica eu quero aula teórica!” (E11).

Nas transcrições, evidencia-se um descontentamento com a suspensão de aulas teóricas devido ao não-comprometimento do cronograma, principalmente, quando as aulas são substituídas por atividades práticas. O GHC deve buscar estratégias para que os residentes possam ter atividades teóricas sistematizadas conforme planejadas, pois, uma das críticas que se tem à modalidade de ensino de residência é que a maior parte desses programas são pobres em atividades teóricas, por esse motivo “tentar equilibrar essas duas esferas de formação profissional, como condição nuclear para o cuidar, se constitui em um grande desafio” (LOPES e BAPTISTA, 2000:12).

Referente a essa temática, identifico que a carga horária prática é a principal característica que distingue os programas de residências dos demais cursos de formação profissional, dando à RIS uma possibilidade de construção de educação em saúde que se estrutura no campo da ação, vinculando e reafirmando que teorias e práticas são instâncias indissociáveis. Torna-se necessário que os atores envolvidos nessa formação entendam que residência é um curso de formação que se caracteriza por uma metodologia voltada para prática e, portanto, requer e organiza-se desde seu início como uma proposta que enfatiza essa atividade, em quase sua totalidade, buscando um processo de conhecimento que integra ensino/serviço. Neste sentido, os atores envolvidos nessa modalidade de formação profissional precisam entender as atividades práticas como uma das alternativas de ensino/aprendizado e campo para integrar teoria e prática.

A formação em saúde tem hegemonicamente um currículo orientado para prática individual e curativa das doenças, fato que se acentua nas especificidades que atendem o risco a vida das pessoas, caso do intensivismo. É reducionista pensar que uma metodologia de ensino, por si só, vá constituir uma visão mais complexa de saúde, porém identifico a necessidade de flexibilizar as atividades de ensino e as realidades de saúde.

Referente à estruturação e organização dos conteúdos das aulas teóricas da área de ênfase em intensivismo da RIS, não foi identificada uma sistematização de um plano de ensino, assim como não existia um corpo docente específico para esse curso. Entendo que esse é um processo natural, pois, de concordo com Lopes e Baptista (2000), para ensinar a cuidar, no que diz respeito à integração da teoria à prática, deve-se fazer a partir das temáticas

emergentes da prática e a seleção de conteúdos precisa ser feita mediante análise da realidade apresentada.

Outra questão que surgiu nos depoimentos dos entrevistados refere-se à predominância de conteúdos direcionados à área da enfermagem nas aulas teóricas do campo do intensivismo da RIS/GHC, frustrando as expectativas dos residentes da fisioterapia. Como pode ser verificado na transcrição a seguir:

“Em relação às aulas teóricas, a gente tem muitas aulas que são para todos, tanto da fisioterapia quanto para enfermagem. Mas (...) muitas coisas são voltadas mais para enfermagem (...) E poucos são os que dão ênfase na função dos fisioterapeutas na instituição, a função do fisioterapeuta nessa ênfase (...) porque a fisioterapia dentro da instituição ainda é uma coisa nova” (E6).

“A fisioterapia merece aulas mais específicas, eu vejo elas estão sempre correndo atrás, por fora, procurando artigos e debatendo entre elas porque elas se sentem prejudicadas nas aulas teóricas” (E8).

Existe uma idéia de prejuízo dos residentes referente à questão do conhecimento teórico do núcleo da fisioterapia quando comparado à área de enfermagem. Essa percepção é compartilhada pelos fisioterapeutas e enfermeiros residentes, pois, no início da residência, a área da enfermagem desenvolvia atividades específicas do seu núcleo de conhecimento e os fisioterapeutas-residentes assistiam estas aulas, uma vez que não tinham essa programação de aulas de núcleo dessa categoria profissional. Em 2006, os residentes da fisioterapia começaram a participar da discussão de artigos científicos junto com os fisioterapeutas contratados do GHC.

Não é objetivo desse programa reforçar os conhecimentos específicos de cada categoria profissional, não que isso não aconteça e parece que isso é desejado pelo residente. A RIS é uma proposta que pretende ampliar a visão de saúde dos residentes visando à construção de conhecimentos, objetivando a formação de um profissional que saiba trabalhar em equipe para atender as necessidades de saúde da população de forma integral.

“Tem muitos fisioterapeutas dando aula (...) Ela deu uma visão geral, ela trouxe uma visão geral. E, depois ela falou um pouco de um pouco sobre fisioterapia. Claro que não teve a nossa parte dos cuidados de enfermagem. Mas mesmo assim, eu achei muito bom” (E9).

“Eu particularmente nunca me senti excluída (...) sempre está muito mais envolvido com o cuidado. Tem muita coisa que a gente pode ser feito pela enfermagem, mas tem

muita coisa que o enfermeiro faz que não é relevante para eles (...) tem muita coisa que o fisioterapeuta faz, mas que inclui a enfermagem pode trabalhar junto, que a gente pode colaborar. Mas tem muita coisa da área da enfermagem que não incluem eles”. (E6)

“O crescimento é injusto. Porque se a gente está tendo aulas e vocês estão aprendendo com a gente e quando a gente vai aprender com vocês. Então deixa nós ter aulas separadas na quarta-feira (...) teve uma aula específica para fisioterapia e por que as gurias da enfermagem tinham que assistir se o nome da aula era Fisioterapia no transplante pulmonar?” (E11).

“Há isso é maravilhoso, porque as gurias da fisioterapia estão sempre dispostas a nos explicar a nos ajudar. Porque a gente tem muita dificuldade na ausculta e na ventilação mecânica e elas estão sempre dispostas a nos ajudar” (E5).

Coexiste a percepção de crescimento profissional e aprendizado com a dificuldade de fazer a interdisciplinaridade entre as duas áreas (enfermagem e fisioterapia). Fica evidente que, em alguns momentos, as diferentes categorias profissionais conseguem realizar troca de conhecimento e sentem-se satisfeitos com o crescimento gerado pelas atividades interdisciplinares. No entanto, em outras situações, os residentes percebem que essa integração acontece com dificuldade, o que pode ser entendida pela necessidade de manutenção dos interesses de núcleo específico de conhecimentos, não havendo clareza dos envolvidos (palestrantes, preceptores e alunos) com a proposta dessa formação, ou seja, um pensamento mais crítico que supera os especialismos que fragmentam a saúde.

A interdisciplinaridade revela-se como uma idéia, uma prática, projeto que deve contar com a vontade de colaboração, de cooperação, de diálogo, de abertura ao outro. Para isso, na formação, torna-se necessário elaborar programas que flexibilizem o saber do profissional para a possibilidade de pensar a saúde em sua complexidade; no serviço, os trabalhadores devem desenvolver uma conduta maleável para construção coletiva de novas ações que garantam atendimento integral à população.

Freqüentemente, as outras categorias profissionais acusam a medicina por adotar uma postura arrogante frente às outras profissões, *“os médicos foram contra a Residência Integrada em Saúde por resistência à formação de outras profissionais, por competição de campo, disputa de espaço”* (E10). Entretanto, a necessidade de manutenção da especificidade não é privilégio desta categoria, profissões. Penso que nenhuma profissão da saúde saiba mais ou menos do que as outras categorias dessa área, mas é evidente que seus saberes e fazeres são diferentes.

Acredito que ambas profissões, enfermagem e fisioterapia, têm muito a ensinar e a aprender em conjunto, mas para isso devem estar abertas a ampliar seu núcleo de conhecimento. O trabalho interdisciplinar pode ser pensável em termos de poder. Não anulando as formas de poderes que todo o saber comporta, todavia exige a disponibilidade para partilhá-los. “Trata-se de não ocultar o seu próprio saber/poder, mas, ao contrário, torná-lo discursivo e acessível à compreensão como o outro” (AMORIM e GATTÁS, 2007:83). Na RIS, a articulação entre núcleo/campo e ensino/serviço apresenta-se como um desafio, pois o programa não é igual para todos, considerando que se constitui de atores de diferentes especialidades da área da saúde.

A tentativa de integrar as diferentes áreas de conhecimento, isto é, desenvolver projetos interdisciplinares, surge como uma alternativa para superação da fragmentação do cuidado e para tanto temos que adotar uma postura mais flexível (GATTÁS, 2006). Não podemos negar a importância do conhecimento específico de cada profissão, porque a ciência moderna que estimulou a especialização trouxe muitos avanços para a área da saúde, porém o especialista perde a dimensão integral do indivíduo na hora de planejar as atividades e as ações terapêuticas. Não se pode perder a especificidade de cada profissão, contudo é imprescindível a adoção de posturas mais flexíveis para ampliar a visão de saúde utilizando-se de conhecimentos que estão além da fronteira dos núcleos de conhecimento profissional.

No cotidiano da RIS e do trabalho das UTIs do GHC, parece ser restrito o espaço para ações “*entre*” profissões, causando dificuldade na operacionalização das atividades desenvolvidas nessa formação:

“A gente tem as aulas nas segundas-feiras de tarde. Depende da unidade a gente consegue discutir mais sobre os pacientes e trocar informações. (...) Muitas vezes, a gente consegue conversar e cruzar. A gente tenta, também, fazer seminários com diversos temas. A gente fez uns dois ou três, quando a gente pegou o mesmo paciente. (...) Mas a gente tem que melhorar bastante, porque apesar da gente estar trabalhando na mesma unidade, trabalhando no mesmo período de tempo, às vezes eu mal vejo as gurias da enfermagem” (E4).

“Há troca, mas são coisas isoladas (...) não são coisas rotineiras, são alguns momentos, há uma troca de conhecimentos, não é algo de todo dia” (E6).

“Poderia ter mais entrosamento, muitos mais Estudos de Caso poderiam ser feitos, envolvendo os dois grupos, mas a gente vê que cada um está indo para um lado, mas esse também é um problema que poderia partir mais de nós para melhorar. Porque tem que ter iniciativa de ambas as partes, porque cada um fica no seu núcleo” (E6).

Intencionando implementar a integração no campo da prática entre os núcleos de conhecimento da ênfase em intensivismo, os residentes trazem a necessidade de organizar mais espaços de discussões entre as diferentes áreas. Entendendo que esse é um caminho de mão-dupla: a RIS pode e deve oferecer, organizar e planejar esses espaços, mas os residentes devem, também, propor, buscar e participar dessa elaboração. Todos atores devem responsabilizar-se pela construção desse processo de formação.

Existe um entendimento que essa formação está em construção e sendo inventada coletivamente. Não existe um modelo de cronograma, de grade curricular e de aulas que garantam a integralidade como eixo norteador a formar trabalhadores para atuar no SUS em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Porém, com certeza, a RIS deve ser desenvolvida dentro de uma pedagogia problematizadora, na qual o aprendizado é entendido como construção de novas alternativas, mediante a reflexão dos problemas reais vivenciados pelos residentes nos serviços onde esse programa é desenvolvido.

Sobre os recursos humanos para desenvolvimento da RIS, os projetos oficiais, enviados para financiamento das bolsas pelo Ministério da Saúde, apontam a necessidade de docentes, preceptores, orientadores de campo e orientadores de pesquisa para a implementação desse programa.

O docente foi definido como o profissional responsável por organizar e ministrar atividades teóricas do programa, sendo que essa atividade poderia ser exercida pelos trabalhadores do quadro funcional do GHC, profissionais contratados para essa atividade ou por convidados.

“Se tem essas pessoas, elas estão aí perdidas pelo hospital. Porque o que a gente vê é o preceptor (...) sobre os docentes eu não sei eles devem estar perdidos em algum lugar (...) tu começa a ver que os preceptores e os orientadores de campo, que tentam assumir essa função. Porque não se tem. Por quê quem é o docente? Docente é quem só vai um dia lá te dar uma aula?” (E11).

Nesta transcrição, identifica-se que o GHC não dispõe de um profissional específico para desenvolver as atividades teóricas desse programa, os entrevistados referem-se às pessoas que são convidadas para realizarem palestras nas aulas teóricas como docentes da RIS.

Sobre os palestrantes convidados para ministrar os conteúdos teóricos da RIS, os residentes reconhecem seus conhecimentos e competências quanto aos temas abordados, porém identificam dificuldade na didática das aulas e nas transmissões dos conteúdos.

“Ele é o melhor, é o bambambam, então ele é chamado para dar aula (...) mas eles não sabem como fazer ou repetem um monte de vez: há eu fiz assim uma coisa bem básica porque acho que não precisa aprofundar esse assunto para vocês, não precisam muitos termos médicos. Porque geralmente são médicos (...) então, eles acabam nos subestimando” (E9)

“Quando as aulas são para os dois deveriam deixar claro para o palestrante, que ele tem que contemplar as duas profissões” (E7).

“O que me disseram é que eles (os palestrantes) já são comunicados que a aula é para Residência Integrada em Saúde que é fisioterapeuta e enfermeiro. Que eles sabem, mas alguns têm dificuldade de relacionar o assunto com a função da fisioterapia. (...) Eles tentam, mas eu acho que eles não têm muito conhecimento ou a vivência porque a fisioterapia é nova (...) eu acho que os palestrantes sabem, mas não conseguem relacionar o conteúdo (...) não é culpa de quem organiza o cronograma (...) quando tu convida um pessoa para palestrar tu não espera que ela vai ser ruim (...) Porque a gente está conhecendo quem pode ou não ser convidada para dar aula” (E8).

“Têm palestrantes que te chama e te faz participar e tem outro que só falam disparado (...) a aula fica maçante, tu não acha graça. Acha graça eu quero dizer ser interessante” (E11).

Nem sempre os palestrantes conseguem atingir o objetivo do curso e as expectativas dos residentes. Definir quais são os conteúdos que devem ser ministrados nesse programa e de que forma eles devem ser abordados - no campo da saúde, nos campos específicos e nos diferentes núcleos profissionais, é um desafio necessário e em constante readequação e avaliação.

Em alguns momentos, os atores envolvidos na RIS/GHC – Intensivismo –, residentes, preceptores e demais profissionais, esquecem da proposta de transformação da realidade embutida neste programa e reproduzem o modelo clínico tradicional. Por esse motivo, acredito que os trabalhadores do GHC devam continuar buscando a instrumentalização para atuarem na RIS, por meio de cursos, estudos dirigidos e participação em eventos da área que falem sobre os pressupostos do SUS. Saliento que é preciso que todos atores tenham clareza da proposta da formação, tendo presente que o marco teórico é a integralidade das ações em saúde que pressupõe um cuidado complexo, ou seja, há que se levar em consideração a concepção de saúde mais abrangente e crítica, considerando as diversas áreas e atores que a

compõe, suas vivências e experiências que constituem e vão constituindo a RIS no contexto do GHC e da sociedade.

No intensivismo, geralmente, são convidados para as palestras médicos ou outros profissionais que não conhecem a proposta da RIS e, muitas vezes, distantes do contexto intensivista e da proposta do SUS, tendo dificuldade nas associações necessárias para pensar/fazer saúde dentro do trabalho em equipe interdisciplinar, buscando superar a fragmentação do cuidado e os “especialismos”. Ensinar integralidade no SUS requer compreensão e engajamento, não apenas dos palestrantes, mas de todos atores envolvidos nessa formação. Pois, a RIS constitui-se um espaço de educação política, pois a formação deve propiciar reflexão sobre o trabalho e o processo de saúde, na qual os alunos devem ser estimulados a “aprender a ler a realidade e entender o processo que produziu cada um dos problemas a serem enfrentados” (MOURA et al., 2006:44).

Formar um corpo docente específico para se responsabilizar pelas atividades teóricas facilitaria a implementação e operacionalização da RIS conforme sua proposta original que pressupõe formar um profissional imbuído pelos princípios do SUS. Há necessidade de uma pessoa contratada para pensar, organizar e estruturar o programa com tempo e dedicação para as discussões e ajustes dessa proposta.

Considerando a existência da RIS, o GHC tem contratado profissionais para o quadro assistencial visando à orientação dos residentes desse programa e tem demonstrado preocupação em relação a criação de um instrumento legal que oportunize condições para facilitar essas contratações (BALTISSEROTTO et.al., 2006). Porém, a contratação de docentes no GHC é dificultada pelo fato dessa instituição ser uma empresa ligada ao Ministério da Saúde, na qual seus servidores são contratados mediante processo seletivo público, tendo um número máximo de trabalhadores definido e que não pode ser ultrapassado.

De acordo com a literatura (BRASIL, 2005h), existem programas de residência que, além dos profissionais contratados pela instituição de saúde para realizar a preceptoria, disponibilizam de outro grupo de profissionais, geralmente, vinculados a uma Universidade parceira no desenvolvimento do curso, que, juntos, constituem o corpo docente do programa. Em outros locais, assim como acontece no GHC, apenas os profissionais da instituição de

saúde assumem a responsabilidade pelo programa de ensino dos residentes, trazendo alguns convidados para palestrarem eventualmente nas aulas teóricas.

No GHC, os preceptores são funcionários desta instituição contratados para prestarem assistência, sendo diretamente ligados às unidades de atendimento e responsabilizam-se tanto pela supervisão em serviço dos residentes quanto pela organização e coordenação das atividades teóricas da RIS (BALDISSEROTTO et al., 2006).

“Quando o palestrante acaba faltando, desmarcando na última hora, mesmo que seja em cima da hora, o preceptor pode dar aula (...) isso é uma carência que tem, que o preceptor dê aula (...) o preceptor tem que dar aula também, porque se ele nos dá um auxílio aqui ele, também, tem que ter capacidade de dar aula” (E11).

“O preceptor tem que acompanhar o residente, mas ele, também, tem os pacientes dele e ele tem as demais atividades da unidade. (...) Ao invés de estar na assistência, ele estaria só na preceptoria. No momento em que a gente está em aula, ele estaria em aula com a gente” (E2).

Devido à “ausência” dos docentes, orientadores de pesquisa e a pouca participação dos orientadores¹⁵, os preceptores têm assumido a maior parte das atividades da RIS: orientação de campo, atividade teórica, avaliação, seleção de residentes, orientação das monografias de conclusão de curso e contatos com outras instituições para realização de estágio opcional no segundo ano de residência. Por esse motivo, os residentes identificam os preceptores como centrais no processo de formação, pois assumem a responsabilidade de facilitarem a integração do ensino em serviço, uma vez que é o profissional da instituição que conhece estrutura da organização, do serviço e da residência.

¹⁵ A falta de empenho dos orientadores para realizarem as atividades da RIS, provavelmente, estejam ligadas à falta de estímulo financeiro, pois, diferentemente dos preceptores, eles não recebem remuneração adicional pelas atividades desenvolvidas junto à RIS.

Relacionado à preceptoria, Lima e Rodrigues (2000) referem que, na maioria das vezes, esses profissionais queixam-se de falta de tempo para desenvolver essas atividades adequadamente. Essa “falta de tempo”, também, foi identificada na RIS, “*os preceptores ficam sem tempo para aprender e ensinar, elas têm muitas funções e acabam prejudicando a preceptoria*” (E6). Porém, saliento que nem todos participantes entendem a preceptoria como uma sobrecarga:

“Acho que não é sobrecarga (...) tudo é uma questão de organização. Talvez quando tu está chegando e ele está te apresentando o campo, talvez fique pesado para ele, mas depois tu contribui com ele, tu divide pacientes e automaticamente ele tem mais tempo para estar contigo (...) Até n verdade vai contribuir, tu vai fazer as coisas melhor do que não tivesse ninguém, até porque quando tu vai discutir se têm idéias novas e se faz da melhor maneira possível. Não acho que é sobrecarga” (E7).

A preceptoria é avaliada como preponderante e primordial no processo de construção da RIS, garantindo condições para o aprendizado dos residentes. Os preceptores possuem “acúmulo” de atividades assistenciais e administrativas, associado à responsabilidade de ensino assumido na residência, produzindo excesso de trabalho e cansaço no preceptor (LOPES; BAPTISTA, 1998, 1999; LIMA; RODRIGUES, 2000). Na área de ênfase em intensivismo, em suas múltiplas funções, aparecem como sobrecarregados ou não, dificultando as trocas necessárias à formação. Em virtude disso, avaliando a preceptoria, os entrevistados sugerem dedicação exclusiva desse profissional para a RIS.

“A gente precisa estar dentro da unidade, fazer as outras questões não só a assistenciais. Só que o preceptor deveria ficar só com a gente, não com os outros pacientes. Deveria se envolver só com a residência. Não sou só eu que falo, até os próprios preceptores e orientadores vêem essa necessidade” (E7).

Segundo Cylindro et al. (2000), o preceptor é o profissional que atua na unidade onde desenvolve-se a residência. Neste sentido, o afastamento desse profissional da assistência para ficar com dedicação exclusiva a esta formação descaracterizaria seu papel de preceptor, visto que é aquele profissional da instituição que facilitaria a integração ensino/serviço. Com isso não estou negando a necessidade de haver uma pessoa dedicada exclusivamente ao planejamento e organização das atividades de ensino-aprendizagem da RIS. Porém, se for o preceptor, talvez, ele deva organizar sua carga horária com parte na assistência, mantendo, desse modo, o conhecimento do contexto do serviço; e a outra parte participando da residência.

Provavelmente, a necessidade de ter um profissional exclusivo com dedicação aos residentes esteja relacionada com a não-contratação de docentes e também pelo acúmulo de funções de coordenação e preceptoria na área de ênfase em intensivismo por um único profissional. Por isso, advogo pela definição de um responsável pela coordenação das ênfases da RIS; um corpo docente específico para as atividades teóricas, mantendo a preceptoria com os profissionais da instituição fazendo a vinculação ensino/serviço.

Lima e Rodrigues (2000) colaboram com a reflexão sobre a preceptoria ao relatarem que a maioria dos preceptores, ao receber essa função, não recebe formação didático-pedagógica necessária ao desenvolvimento de suas atividades. A capacitação do preceptor deve ser uma preocupação constante na RIS, pois trata-se de uma residência que pressupõe a problematização da realidade dos serviços e da saúde para criar novos conhecimentos que nascem do confronto entre os saberes e fazeres das diferentes categorias profissionais em busca da integralidade na atenção em saúde. Essa concepção remete para o desenvolvimento do processo de ensino orientado pela pedagogia problematizadora, possibilitando ensino dos residentes através da experiência ensino/serviço, levando os residentes a refletirem sobre os processos e problemas de sua formação e da saúde no contexto ao qual se inserem e participam.

Destaco a importância da pareceria da ESP/RS e do GHC, em 2007, promovendo o segundo curso de qualificação de preceptores, caracterizando-se como um espaço positivo e implementador de ações que podem qualificar as ações de educação que são vivenciadas pelos preceptores no cotidiano dos programas de residências. Paulo Freire (2006) colabora com essa reflexão alertando para o fato de que ninguém educa ninguém; os homens educam-se em comunhão por intermédio do mundo. Assim sendo, *“o preceptor tem que ser uma pessoa aberta para ensinar e aprender com o residente (...) ele não tem que saber tudo, ele é enfermeiro como eu”* (E8). Os preceptores não precisam saber tudo e possuir conhecimento em todas as áreas da saúde, mas, enquanto responsáveis pelas atividades docentes, *“precisam ser qualificados técnico-cientificamente e politicamente para conduzir o processo de formação”* (MOURA et al., 2006:35).

Outro tema avaliado foi a evasão de vários residentes nos primeiros anos da RIS. Os motivos apontados relacionam-se com a extensa carga horária do curso, maior retorno

financeiro e estabilidade alcançada com o emprego e a não-conferência da titulação de especialista aos formandos dos primeiros anos desse curso.

“Todos os residentes saíram da residência por algum motivo, não pelo simples fato de largar, saíram porque arrumaram emprego em algum lugar (...) quando tu entra na residência tu entra para trabalhar e aprender também. É claro que é mais para aprender, mas tu já entra pensando que daqui a dois anos você está desempregado de novo” (E10).

“É uma justificativa, conseguir alguma coisa para fazer fora da residência, mas é um problema também (...) eu acho que hoje como está a residência a gente tem um monte de motivo para largar (...) é um problema que tem que ser revisto. Porque se tu pensa a residência em termo de valor profissional te acrescenta muito, tu está fazendo uma especialização e tu está ganhando experiência (...) e isso deveria ser um bom motivo para as pessoas não pensarem em largar (...) a bolsa de residência não é tão pequena que seja o problema, eu acho que é melhor que estar desempregado” (E11).

“A gente não sai daqui com diploma de residência, a gente sai daqui com título de aperfeiçoamento (...) com certeza, as pessoas que saíram calcularam que não valia a pena” (E10).

“Teve alguns concursos que os R2 da enfermagem estavam olhando (...) que contava a residência (...) que bom! Porque isso talvez impulse a pessoa a sair daqui e pensar realmente valeu a pena fazer esses dois anos de curso. Pior tu fazer dois anos e o teu título valer como estágio” (E11).

Acredito que os motivos para as desistências acontecidas nos primeiros anos de residentes não sejam atribuíveis a um único motivo, havendo multifatores que acarretaram na decisão de interromper a realização da RIS.

A residência deve ser cursada com dedicação exclusiva, conseqüentemente, parece que conseguir um emprego foi um dos principais motivos para as desistências, pois, no início de 2006, vários residentes da área de ênfase em intensivismo foram aprovados e chamados mediante seleção pública para trabalhar no GHC e eles tiveram que escolher entre continuar sua formação ou assumir o cargo efetivo na mesma instituição.

Outro ponto que os participantes atribuíram à tomada de decisão dos residentes na hora de desistir do curso é o não-fornecimento da titulação de especialista para os concluintes das primeiras turmas desse programa, bem como a pontuação que essa formação vai proporcionar num processo seletivo que eles venham a realizar. Parece que os residentes e os demais profissionais da saúde entendem que a titulação oferecida por um curso de residência é um fator importante, pois na atualidade, há uma valorização e consideração na carreira

profissional dos títulos que o trabalhador apresenta. Miranda e Lopes (2005) contribuem com essa reflexão ao relatarem que o programa de Residência em Enfermagem do Ministério da Saúde /UNIRIO é um curso bem conceituado por ser o único no Rio de Janeiro, naquela época, que garantia o título de especialização aos concluintes do seu curso.

Além das causas sugeridas pelos participantes desse estudo, avalio que as dificuldades descritas nesse estudo também tenham influenciado na evasão, portanto, julgo importante continuar buscando uma residência cada dia melhor, com melhores estruturas e com pessoas mais qualificadas e motivadas para implementarem essa formação. *“Ser residente não é fácil (...) tu não sabe até onde tu pode ir e onde tu tem que parar” (E5);*

“isso oscila até mesmo na mesma unidade (...) tem de manhã tu é cobrado como residente e tu tem que saber a teoria e no outro dia tu está de plantão e tem que atender a demanda” (E9),

“Praticamente não há diferença (entre R1, R2 e profissionais contratados), porque teoricamente eu assumo mais responsabilidade, teoricamente eles te exigem mais, mas na prática, tem alguns campos que tu não tem diferença nenhuma” (E3).

Nas falas, ficou evidente que existe ambigüidade referente ao papel do residente, que deve ser aluno e ser profissional ao mesmo tempo. Não existe unanimidade, entre os diferentes atores envolvidos na RIS, sobre o que é ser residente. Penso que esse pode ser um motivo de conflito interno que leve o residente a buscar um emprego durante a residência.

A RIS propõe-se a romper com as ações cristalizadas e tradicionais de ensino e assistência em saúde devendo buscar a flexibilidade, ou seja, não é possível que as coisas sejam definidas para hoje e sempre, ela deve ser continuamente avaliada e reformulada. Reconheço que, mesmo que essa formação tenha alcançado alguns avanços neste sentido, a assistência e a formação de trabalhadores ainda possuem uma longa caminhada para consolidar essa proposta. Não apenas o papel do residente, todavia, também, os papéis dos diferentes atores envolvidos na RIS devem estar bem definidos para que essa residência atinja seus objetivos.

“Acho que falta um pouco de empenho da gente (...) a gente tem que estudar, buscar o conhecimento teórico” (E5);

“Falta empenho da gente reclamar, porque a gente é muito conivente (...) a gente que faz a residência, também. Se tu acha que está bom deixa assim não vai melhora” (E11).

Como pode-se identificar nas falas, os participantes conseguem visualizar o seu comprometimento e responsabilidade com o processo de desenvolvimento das atividades de ensino/aprendizagem e com a qualidade dessa formação. Ao utilizar alguns pressupostos da Avaliação de Quarta Geração para investigar a RIS/GHC – Intensivismo, pretendia apreender a dinâmica de funcionamento do programa, mas, também, propiciar aos participantes deste estudo uma reflexão crítica sobre essa formação, impulsionando os atores a serem sujeitos, ampliando-lhes a possibilidade de intervir na realidade. Neste sentido, destaco que os próprios participantes deste estudo podem e devem auxiliar na busca de alternativas para resolver os problemas da RIS/GHC.

Analiso que a RIS tem acarretado benefícios tanto para os residentes que vem adquirindo habilidades técnicas e construindo novos conhecimentos, quanto para o serviço que se reestrutura e adapta-se para implementar esse programa, assim como para os usuários que podem contar com um profissional mais bem preparado para prestar um cuidado integral à saúde. Entretanto, acredito que os trabalhadores do GHC devam continuar buscando maior instrumentalização para organizar a RIS, por meio de cursos, estudos dirigidos e participação em eventos da área que falem sobre os pressupostos do SUS e, exercitando seus poderes e suas lutas para as mudanças possíveis e necessárias na formação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, apresentei uma investigação sobre a RIS, envolvendo o grupo de interesse composto pelos residentes da área de ênfase em intensivismo da RIS/GHC. Os participantes tiveram oportunidade de refletir sobre essa formação, confrontando as diferentes opiniões a respeito dos temas abordados, dessa forma, viabilizando novas construções sobre o fenômeno e elaboração de consensos possíveis.

Esse movimento buscou estimular a curiosidade dos residentes e confrontar ideologias, tal fato constituindo-se em um dos desafios visto que a proposta dessa modalidade de residência visa formar um profissional crítico que saiba avaliar a realidade e implementar as mudanças necessárias para consolidação do SUS.

Os resultados desse estudo apontaram que a RIS é uma residência de caráter multiprofissional diversa das outras por buscar a integração de diferentes áreas de conhecimento, objetivando a construção de projetos assistenciais coletivos que visem à integralidade de atenção em saúde. Nessa formação, os residentes têm a possibilidade de ampliar sua visão de saúde, exercitando as atividades específicas de sua profissão e, simultaneamente, experimentando uma formação em equipe que tenta provocar a superação dos saberes indenteditários rígidos mediante a vivência interdisciplinar e intersetorial.

A RIS/GHC – Intensivismo – é composta por residentes de enfermagem e fisioterapia, ao longo dessa formação, busca-se estruturar a integração entre as duas categorias profissionais e dessa com as outras áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. Esses encontros interdisciplinares e intersetoriais contribuem para reflexão sobre saúde, seus processos e necessidades.

Em relação à integração, os participantes apontaram que essa não é uma tarefa fácil, pois depende da organização da equipe de saúde, das características individuais de cada ator envolvido no processo e é indispensável uma postura flexível para que as interlocuções aconteçam.

Na RIS há diferentes núcleos e campos profissionais com seus conhecimentos específicos que devem ser preservados, mas diálogo, co-participação e fluidez entre as áreas são estratégias fundamentais no fortalecimento dessa formação. Integrar os profissionais e os setores da saúde é uma condição básica para construção de projetos terapêuticos da integralidade, pois um único profissional ou apenas um determinado serviço da rede de atenção não daria conta dessa tarefa. Porém, propiciar essa integração não é o papel exclusivo da RIS, também, é função das instituições de ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais, dos gestores e da população por meio de controle social.

A tentativa de integrar as diferentes áreas de conhecimento em saúde traz para a RIS uma característica de dinamicidade e de movimento, ocasionando a sensação de desorganização do programa e dificuldades na sua implementação no GHC.

Não existe fórmula para implementação de uma RIS, pois esse programa deve ser desenvolvido de acordo com o perfil sociodemográfico da população e levando em consideração os diferentes atores envolvidos na programa, sendo indispensável que essa construção ocorra na vivência diária dos serviços de saúde.

Outro ponto a ser considerado sobre o preparo do GHC para a implementação da RIS é que profissionais contratados pelo GHC realizavam, basicamente, atividades assistenciais, pois, recentemente, a instituição iniciava um processo de mudança para se transformar num Pólo de Educação Permanente. Entendo que o objetivo da RIS não é, apenas, qualificar o residente, mas, também, possibilitar transformações no próprio serviço que ofereçam essa modalidade de residência, por provocar interlocuções entre diferentes áreas de conhecimento, assim, desestabilizando as verdades instituídas.

A análise evidenciou que, nem sempre, os trabalhadores do GHC conseguem habituar-se ao papel de “educadores” e desenvolver atividades de ensino-aprendizado correspondentes com a proposta desse programa.

A proposta da RIS é “*formar um profissional capacitado para atuar numa equipe multiprofissional*” (E3), entendida como uma formação para além do aperfeiçoamento técnico, isto é, como uma ação política. Não pretende extinguir os núcleos de conhecimentos das diferentes profissões da saúde, mas flexibilizar para proporcionar a construção de novos

saberes e novas alternativas de atenção à saúde que satisfaçam às necessidades da população, possibilitando um leque de intervenções mais integral e criativo, não restrito ao olhar das doenças.

É preciso entender essa formação como um espaço contraditório, político e que transmite modelos sociais, sendo influenciada e influenciando a realidade desse ensino, seus atores e o GHC. A RIS ocorre com conflitos, dificuldades, que devem ser aproveitados para sua transformação e construção, pressupondo responsabilidade dos atores, participação crítica e escolhas que possam ocasionar mudanças no contexto institucional, educacional e político em que se insere.

A RIS é uma das alternativas a mudanças necessárias para que os profissionais da saúde desenvolvam um perfil mais flexível ao trabalho interdisciplinar e sensível à necessidade de saúde da população. Uma vez que os cursos de graduação e os serviços de saúde, ainda, não superaram o modelo biomédico, deste modo, a integração dos profissionais que vêm da graduação (residentes) com os que estão no serviço (preceptores e orientadores) não é suficiente para que o trabalho em saúde seja tomado como um local de escuta, de respeito à diversidade e de adoção de práticas que visem à atenção integral em saúde. Defendo a idéia de que, simultaneamente, à criação de RIS é indispensável a transformação dos serviços de saúde e dos cursos de graduação por meio da educação permanente, induzindo os profissionais a problematizarem a realidade dos serviços de saúde e seus processos de trabalho, adotando uma postura crítica e comprometida com os usuários do SUS.

Por vezes, os participantes deste estudo contrapõem-se à proposta do programa quando reivindicam por mais atividades específicas de determinado núcleo profissional, ao defenderem uma integração limitada e explicitando a “falta de vontade” de participar de atividades teórico-práticas com as outras áreas de ênfases para não perderem o enfoque do intensivismo. Essa postura pode ser compreendida dentro do imaginário coletivo que define “um bom profissional de saúde” como aquele que tem o domínio amplo dos conhecimentos sobre patologias e procedimentos curativos, sabendo executar com “perfeição” os procedimentos técnicos de sua competência profissional. Esse imaginário é reforçado na academia e no serviço de saúde, repercutindo na RIS, pois os residentes entraram na RIS/GHC – Intensivismo – sem conhecer a proposta do programa, motivados por esse

imaginário coletivo em busca de aperfeiçoamento técnico-científico específico para atuar no intensivismo.

Em relação à metodologia de ensino, a RIS preconiza a utilização da pedagogia problematizadora, buscando a transformação das práticas de atenção à saúde e visando especializar os profissionais para atuarem no SUS de forma crítica e responsável. Os residentes devem ter acesso aos diferentes conhecimentos e desenvolver capacidade de utilizar essas informações para questionar as práticas assistenciais e propor novas ações que garantam a integralidade de atenção de saúde.

Os participantes deste estudo analisam que a metodologia de ensino adotada pela RIS confronta idéias, sendo percebida como um problema, pois, no processo de ensino, gera conflitos entre as áreas de ênfase.

Ao contrapor ideologias, promove-se a desestabilização necessária para que os profissionais comecem a refletir sobre os saberes e fazeres específicos de seus núcleos e campos de conhecimentos, mas para que isso aconteça de forma produtiva é indispensável o respeito mútuo e a maleabilidade para aproveitar as idéias dos outros e construir, coletivamente, novas alternativas nos serviços de saúde. Não basta a mera transmissão de conteúdos científicos sobre metodologias diagnósticas e tratamentos de patologias para que a RIS alcance seus objetivos. Os conhecimentos técnicos valorizados pelo modelo biomédico são necessários, mas devem nortear as tomadas de decisões na saúde e, conjuntamente, considerar os modos de vida e as especificidades de cada caso, dando singularidade e objetividade nas ações de saúde.

Nas atividades de campo do intensivismo nem sempre é utilizada a pedagogia problematizadora. Geralmente, as atividades teóricas nessa área de ênfase são organizadas e influenciadas pela metodologia da transmissão, a partir da qual os conteúdos são transmitidos do professor ao aluno. Nesta perspectiva, o processo pedagógico da RIS aparece como um desafio em construção, tendo presente que não se aprende por mera transmissão de conhecimento, sendo preciso um permanente e constante intercruzamento de diferentes disciplinas que dão “qualidade” às ações integradoras para atenção em saúde.

A RIS é uma proposta positiva que vem contribuindo na formação de profissionais com perfil mais flexível para atuar no SUS, buscando, desse modo, consolidá-lo. No entanto, a pesquisa evidenciou as dificuldades enfrentadas na organização e estruturação desse programa de formação, entre elas, foram abordadas as questões relacionadas à carga horária, a ênfase em atividades práticas que podem ser adotadas ou entendidas como exploração da mão-de-obra do residente e o papel da preceptoria neste programa.

Os residentes salientaram a importância da associação entre teoria e prática durante a realização do curso e questionaram o fato de algumas atividades teóricas terem sido substituídas por serviço assistencial na área de ênfase em intensivismo.

Torna-se imprescindível reconhecer que a centralidade nas atividades práticas é uma característica específica dos programas de residência, contudo defendendo a necessidade do cumprimento da carga horária teórica do curso. Assim como, considero fundamental que os atores compreendam que a prática deve ser entendida como momento de ensino-aprendizagem, o qual possibilita que o trabalho em saúde não seja realizado de forma acrítica e repetitiva. Ao associar ensino e serviço de forma intensiva, o residente adquire conhecimento e experiência profissional importantes para sua atuação na área da saúde e não se sente mão-de-obra.

Na RIS, o trabalho deve ser espaço de ensino e troca, proporcionando acesso aos diferentes conhecimentos, ampliando o olhar dos atores envolvidos nessa formação, buscando a formação de um profissional que não seja meramente reprodutor de ações assistenciais, mas alguém que confronta as ideologias hegemônicas da saúde e tente transformar essa realidade.

Em relação à preceptoria, os participantes apontaram a “falta de tempo” desse profissional para orientar o residente durante as atividades práticas nas UTIs, acarretando em prejuízo ao aprendizado do residente. Essa “falta de tempo” foi interpretada como “sobrecarga de trabalho” desses profissionais. Saliento que não houve consenso a respeito dessa questão, coexistindo a idéia de que os preceptores não estão sobrecarregados, porém que as atividades da RIS estão mal divididas, acarretando na sobrecarga de alguns profissionais.

Os preceptores têm assumido quase todas as atividades desse programa porque não foram contratados ou nomeados profissionais docentes, orientadores de campo, orientadores

de pesquisa, co-orientadores de pesquisa, de modo a contribuir para a “sobrecarga”. Assim, os residentes atribuem todas as atividades da RIS ao preceptor, inclusive a função de assistir todas as aulas teóricas da RIS com o residente.

Analiso que os papéis de todos atores envolvidos nas atividades da RIS devam ser amplamente discutidos, pactuados e redefinidos, bem como defendo que os docentes, os orientadores de pesquisa, orientadores de campo e os co-orientadores de pesquisa sejam nomeados ou contratados para que não se deposite toda responsabilidade de implementação desse programa nos preceptores e que os coordenadores das áreas de ênfase não acumulem preceptoria e coordenação.

Isso posto, analiso que à construção, estruturação e implementação da RIS, uma residência que se propõe a romper com as ações cristalizadas e tradicionais de ensino e assistência em saúde, requer-se flexibilidade, criatividade e respeito aos sujeitos singulares que a vivenciam e, portanto, avaliam, apontando que formação, ensino, educação não estão definidas para hoje e sempre. O processo exige constante avaliação e reformulação.

A RIS tem acarretado benefícios tanto para os residentes, que vêm adquirindo habilidades técnicas e construindo novos conhecimentos, quanto para o serviço que se reestrutura e adapta-se mediante os olhares “curiosos” dos residentes, que trazem dúvidas e questionamentos sobre as práticas instituídas neste local, assim como para os usuários que recebem um serviço mais próximo ao preconizado cuidado integral à saúde.

A RIS é uma conquista para o setor saúde, pois pode permitir uma visão crítica e ampliada de saúde, conseqüentemente, os profissionais dessa área estarão mais bem preparados e capacitados para uma assistência mais adequada às necessidades da população.

Considero que a investigação proporcionou uma visão geral sobre a RIS, em especial, da área de ênfase em intensivismo e permitiu aflorar inúmeros questionamentos e reflexões nos residentes participantes deste estudo, bem como espero que nos leitores deste estudo. Acredito que a realidade é muito mais rica e complexa do que pode ser captado em um processo de investigação, por melhor que ela seja realizado. Também almejo que estas reflexões sirvam para estimular o processo de transformação que vem acontecendo no setor

saúde e educação a fim de superar o modelo hegemônico que desconsidera os aspectos psicossocioculturais do processo de saúde-doença.

Enfim, tenho a expectativa de que as reflexões realizadas neste estudo sirvam para impulsionar esse programa no GHC e estimulem a criação de novos cursos de RIS no intuito de multiplicar essa experiência que tem ocasionado mudanças positivas nos modos de ensino e assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, L.M. et al. Residência de enfermagem - um processo de ensino ou de trabalho? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.31, n.3, p.340-56, 1978.

AMORIM, Dalmo de S.; GATTÁS, Maria Lúcia B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Ponto de Vista. Medicina**, Ribeirão Preto, v.40, n.1, p.82-4, jan./mar. 2007.

ARANHA, Maria Lúcia Arruda. **Filosofando**: introdução à filosofia. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2003. 439p.

BALDISSEROTO, Julio et. al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: um estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde. p.355-73.

BARROS, Alba Botura Leite de; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência: experiência de implantação em um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.5-11, jan. 2000.

BARROS, Maria Elizabeth Barros. Desafios éticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e interdisciplinaridade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005. p.131-52.

BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU**. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN, 1999. p.261-68.

BRASIL. Decreto nº 80.281 – de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da residência médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília-DF, 1977.

_____. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde**, 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 – de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 10 out. 1996.

_____. Congresso Nacional. **Lei de Direitos Autorais nº 9.610**, de 20 de fevereiro de 1998. In: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 1998a.

_____. Secretaria da Assistência Social da Saúde/Ministério da Saúde SAS/MS. **Portaria nº 3432/GM, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. In: Diário Oficial da União, n.154, Seção 1, 13 de agosto, 1998b.

_____. Conselho Federal de Enfermagem – CFEN. **Resolução nº 259/2001**, de 12 de julho de 2001. Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2001a.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 1**. Dispõe sobre o estabelecimento de cursos de pós-graduação. In: Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília-DF, 9 abril, 2001b.

_____. Conselho Federal de Medicina – CFC. **Resolução nº 1.627/2001**, de 23 de outubro de 2001. Manaus. 2001c.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto da residência integrada em saúde**: versão enviada ao Ministério da Saúde. Porto Alegre, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 198/2004 SGTES/MS**. Políticas de Educação e desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.704**, de 17 de agosto de 2004. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. In: Diário Oficial da União, Brasília, 18 ago. 2004b.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria do GHC 109/04** – de 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Educar SUS. **Notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004**. Brasília: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004d. Série C. Programas e Relatórios.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2004e.

_____. **Portaria Interministerial n° 2.092, de 21 de outubro de 2005.** Inclui os Hospitais Cristo Redentor e Hospital Fêmeina – RS como Hospitais de Ensino. 2005a. Disponível em: www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/1799594.xml. Acesso em: 08/02/2007.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **Proposta Pedagógica da Residência Integrada em Saúde.** Porto Alegre, 2005b. (impresso).

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde.** Texto de referência para discussão nas oficinas do I seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, Hotel São Marcos. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde.** 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, Hotel São Marcos. 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Medida Provisória 238/2005. **Diário Oficial da União**, 2, fev. 2005e.

_____. Lei, n° 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o programa Nacional de inclusão de jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as leis n° 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 30 jun. 2005f.

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

_____. AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa (coord) et al. **Guia de Orientação para o enfermeiro residente:** Curso de Pós-Graduação (Especialização), sob a Forma de treinamento em serviço para enfermeiros (Residência em Enfermagem). Brasília: Ministério da Saúde, 2005h.

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

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de Gestão de Pessoas do Grupo Hospitalar Conceição.** Porto Alegre: Gerência de Recursos Humanos; Administração de Pessoal; Gestão do trabalho, Educação e Desenvolvimento, Saúde do Trabalhador. 2006b.

_____. **Projeto da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/RS) 4ª turma anos (2007-2008).** Porto Alegre: Gerencia de Ensino e Pesquisa, jun. 2006c.

_____. **Cronogramas da Residência Integrada em Saúde.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Integralidade da Atenção à Saúde**. Texto adaptado por: Maria do Carmo Gomes Kell. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em: www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69. Acesso em: 03/08/07.

_____. **Portaria Interministerial nº 45**, 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. In: Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan. 2007.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araujo. **Construção da integralidade no cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p.39-64.

CAMPOS, Gastão Wagner dos Santos. **Reforma da reforma repensando a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

_____. **Saúde Pública e Saúde Coletiva**: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-30, 2000.

_____. Há pedras no meio do caminho do SUS! *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v.12, n.2, mar./abr. 2007.

CARAPINHEIRO, Graça Maria Gouveia da Silva. Poder médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.33, 1991.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar Esterman (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 2.ed. Porto Alegre: Mediação, 1998. p.37-51.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Huncitec/Abrasco, 2005. p.259-78.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.23, p.30-56, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. CARVALHO, Yara Maria de Carvalho. Noções Fundantes: Leituras Compreensivas. Ensino da saúde como projeto de integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (org.). **Ensinar em saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ/ABRASCO, 2005. p.69-92.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2003. p.211-24.

CECCIM Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-66, 2004.

CRUZ-NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. 5.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.51-66.

CYLINDRO et al. Residência de enfermagem: uma trajetória de 20 anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.1, p.109-14, jan./mar. 2000.

DALLEGRAVE, Daniela; SILVA, Quelen Tanize Alves da. **Residência integrada em saúde**: (trans)formação (inter)disciplinar. Monografia (Curso de Residência Integrada em Saúde). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006.

DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa**. 4.ed. Campinas: Autores Associados, 2000. Coleção Educação Contemporânea. 120p.

FERREIRA, Silvia Regina. **Educação em serviço**: a percepção dos enfermeiros do Hospital Nossa Senhora da Conceição sobre as práticas educativas. Porto Alegre: ESP/RS, 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Pública/Formação de Sanitaristas/2003). Porto Alegre, Escola de Saúde Pública, 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998. 190p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 22.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. 295p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 45.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006. 143p.

FUNDATEC. Processo Seletivo Público 02/2005 RIS/GHC. **Residência Integrada em Saúde 2005**. Disponível em: www.fundatec.com.br/home/portalf/concursos/editais/edital-30. Acesso em: 20/02/2006. 12f.

FURTADO, Juarez Pereira. **A avaliação como dispositivo**. Campinas: UEC, 2001. 282f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

GATTÁ, Maria Camargo Borges. **Interdisciplinaridade, formação e ação na área da saúde**. Ribeirão Preto: Holos, 2006. 200p.

GODOY, Alda Neves de. O sistema de internato como estágio de administração aplicada à enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.1, n.31, p.31-45, jan./fev. 1967.

GUBA, Egon G.; LICONLN, Yvonna S. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1989. 447p.

HADDAD Q. Jorge; ROSCHKE, Maria Alice Classen; DAVINI, María Cristina. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994. 247p.

KOIFMAN, Lílian; SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. Produção de conhecimento. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ/ABRASCO, 2005. p.111-30.

LARGURA, Marília; VECTIRANS, Anda Zigrida; OLIVEIRA, Ivany. Enfermeira residente Método de especialização. **Revista Paulista de Hospitais**, v.10, n.3, p.24-6, out. 1962.

LÁZARO DA SILVA, Alcino. Reflexões sobre perspectivas da Pós-Graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v.20, n.6, p.411-13, 2005.

LENZ, Maria Lucia et al. Residência **integrada em saúde – RIS/GHC**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2005.

_____. Residência integrada em saúde – RIS/GHC. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006.

_____. **Residência integrada em saúde – RIS/GHC**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2007.

LIMA, Dulcinéia Menezes; PORTO, Maria Emília Almeida. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. **Enfermagem em novas dimensões**, v.3, p.294-8, 1977.

LIMA, Eurinilce Xavier; RODRIGUES, Benedita M.R.D. Compreendendo a preceptoria de enfermagem. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (org.). **Residência de enfermagem – espaços de lutas e contradições**. Rio de Janeiro: EPUB, 2000. p.33-58.

LOPES, Gertrudes Teixeira; BAPTISTA Suely de Souza. O desafio da Convivência: o cotidiano dos autores que integram a residência de enfermagem no Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE/UERJ. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.233-42, jun. 1998.

_____. Memória: Residência de enfermagem do HUPE/UERJ: 20 anos de existência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.107-13, jan./jun. 1999.

_____. Residência de enfermagem: o cotidiano e seus desafios. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (org.). **Residência de enfermagem - espaços de lutas e contradições**. Rio de Janeiro: EPUB, 2000. p.1-33.

LOPES, Gertrudes Teixeira. LIMA, Eurinilce Xavier. O âmbito da residência de enfermagem. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (org.). **Residência de enfermagem – espaços de lutas e contradições**. Rio de Janeiro: EPUB, edição, 2000. p.XVIII-XXIX.

LÜDKE, Mega; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUFT, Celso Pedro. **Mínidicionário Luft**. 20.ed. São Paulo: Ática, 2000.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p.596-603, jul./ago. 2002.

MATTOS, Rubens Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Rubens Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ/ABRASCO; 2001. p.39-64.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. 178p.

MICHAELIS: **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em Saúde**. 4.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. 269p.

MIRANDA, Leticia Valladão; LOPES, Gertrudes Teixeira. A configuração do programa de residência de enfermagem do Ministério da Saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v.9, n.1, p.18-27, abr. 2005.

MOURA, Abigail et al. O desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da FAEN. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). **Ensino-trabalho-cidadania: Novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ/ABRASCO, 2006. p.33-42.

MÜLLER, Marisa Campio; HAAG, Cristina Beatriz; SILVA, Juliana Dors Tigre. A Residência Integrada em saúde: dermatologia Sanitária - uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. **Boletim de Saúde**, v.15, n.1, p.129-37, 2001.

OLSCHOWSKY, Agnes. **Integração Docente-Assistencial**: um estudo de caso. São Paulo: USP, 1996. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

_____. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação “lato sensu”. São Paulo: USP, 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Programa Interunidades, Universidade de São Paulo, 2001.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado) Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

_____. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.1, p.103-09, fev. 2001.

PIAGET, Jean. **Problemas gerais da investigação interdisciplinar e mecanismos comuns**. Amadora, Portugal: Bertrand, 1973. 154p. v.8. Coleção Ciências Sociais e Humanas.

PINHEIRO, Eliana de Fátima Catussi et al. **Profissional da saúde**: a inter-relação entre formação e prática. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Pressupostos teórico-conceituais, diversidade das formas de pesquisar e trajetória de operacionalização – experiências, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (orgs). **Ensinar em saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ/ABRASCO, 2005. p.13-33.

POPKEWITS, Thomas S. Reforma educacional e construtivismo: o estudo como uma problemática de governo. In: SILVA, T.T. (org). **Liberdades reguladas**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.95-142.

PORTO, Jarbas A. O hospital moderno e o sistema de residência. **Revista Paulista dos Hospitais**, v.10, n.9, p.19-22, set. 1962.

_____. Residência: análise e proporções. **Revista Paulista dos Hospitais**, v.24, n.9, p.411-16, set. 1976.

PRESTES, Nadja Mara Hermann. Pensamento e linguagem: estudos na perspectiva epistemológica e hermenêutica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.97-106, jan./jun. 1994.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: método e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

ROSSONI, Eloá; FARIAS, Élson Romeu. O processo de ensino-aprendizagem da residência integrada em saúde: atenção básica em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, v.16, n.1, p.175-76, 2002.

SILVA-JUNIOR, Aluisio Gomes; PONTES, Ana Lúcia de Moura; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). **Ensinar em saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ/ABRASCO, 2005. p.93-110.

SILVEIRA, Andréia (coord). **Residência de medicina do trabalho – programa 2005**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005.

SPIGOLON, José Luiz. A gestão, regulação e responsabilidade sanitária. In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – SUS. O presente e o futuro: a avaliação do seu processo de construção. Brasília, 2005. **Anais**. Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivo/sala5535. Acesso em: 21/05/2006.

SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL – SIMERS. **Formação multiprofissional da área da saúde**, ano VI, n.34, jun. 2007.

TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante et al, Residência em saúde da família da UFJF: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006. p.171-92.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências Sociais: pesquisa qualitativa em educação (o Positivismo, a Fenomenologia, o Marxismo)**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medeiros; MELLO, Vânia Roseli Correa. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo - CSEM. **Boletim de Saúde**, v.17, n.1, p.117-23, 2003.

WETZEL, Cristine. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. São Paulo: USP, 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Apêndices

APÊNDICE A

QUESTÃO NORTEADORA DAS ENTREVISTAS

**FALE SOBRE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO?**

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Você é convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar de forma participativa a ênfase em terapia intensiva da Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A coleta de dados será realizada através da realização de entrevistas individuais que serão gravadas, as quais terão duração média de 30 minutos com questões referentes a Residência Integrada em Saúde do GHC.

Desde já fica acordado que a decisão do residente em não participar deste estudo não implicará em prejuízos no desempenho da residência, assim como na sua carreira profissional.

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações a respeito do instrumento de entrevista a ser utilizado e esclareci dúvidas referentes à pesquisa. Estou ciente de que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim desejar, assim autorizando a gravação em fita K7 durante a realização da entrevista.

A pesquisadora certificou-me de que todos os objetivos desta pesquisa são acadêmicos, seus dados não serão utilizados para avaliação de desempenho e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se assim desejar. Fica, todavia, acordado que os meus dados pessoais não serão divulgados, evitando minha identificação. Declaro, que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e que estou ciente de que poderei entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC se tiver qualquer dúvida ética relativa a esta pesquisa. Quando tiver dúvida ética relativa a essa pesquisa poderei entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Dr. Julio Baldisserotto, pelo telefone (51) 3357-2285. Caso tenha novas perguntas sobre o estudo, posso chamar a mestrandia Silvia Regina Ferreira pelo telefone (51) 9911-1509 ou pelo ramal 2016 na Sala de Enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição ou com a Professora orientadora desta pesquisa pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Dr^a. Agnes Olschowsky pelo telefone (51) 33165431.

Nome Assinatura do (a) entrevistado (a)

Data

Silvia Regina Ferreira
Fone:9966111509

Assinatura da pesquisadora

Data

Este formulário foi lido para _____ em ___/___/2006, pela enf^a.
mestrandia Silvia Regina Ferreira quanto esta estava presente.

Silvia Regina Ferreira
Assinatura da pesquisadora

Anexo

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CEP - GHC RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 11 de outubro de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião extraordinária em 11/10/2006 analisou o projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 133/06
FR: 107065

Título Projeto: Residência Integrada em Saúde do GHC: Uma avaliação participativa da ênfase em Intensivismo.

Pesquisador (es): Silvia Regina Ferreira

PARECER:

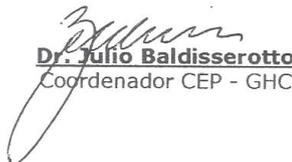
Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo I - Área Temática (Ciências da Saúde - Enfermagem- 4.01).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Dr. Lauro Luis Hagemann
Assistente de Coordenação de Pesquisa
Gerência de Ensino e Pesquisa
GEP/GHC


Dr. Julio Baldisserotto
Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / GHC fone/fax: (51) 33572407 - e-mail: pesquisas-gep.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (31/out/1997) - Ministério da Saúde
IRB - Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)