

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a  
Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um  
programa de residência**

Egídio Antonio Demarco

Orientador: Prof. Dr. Julio Baldisserotto

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristianne Famer Rocha

Porto Alegre, novembro de 2011.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**A formação multiprofissional como tecnologia para qualificar  
a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um  
programa de residência**

**Egídio Antonio Demarco**

**Orientador: Prof. Dr. Julio Baldisserotto**

**Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne Famer Rocha**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
2011

### CIP - Catalogação na Publicação

Demarco, Egidio Antonio

Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência / Egidio Antonio

Demarco. -- 2011.

83 f.

Orientador: Julio Baldisserotto.

Coorientadora: Cristianne Famer Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Residência Multiprofissional em Saúde. 4. Avaliação de tecnologia em saúde. I. Baldisserotto, Julio , orient. II. Rocha, Cristianne Famer, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Sergio Sirena do Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS, médico de Família e Comunidade do SSC/GHC, coordenador de Projetos e Extensão na GEP/GHC, professor na Faculdade de Medicina da UCS.

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda do Curso de Bacharelado em Saúde Pública da EEnf/UFRGS, professor colaborador do Curso de Mestrado em Saúde Pública UFC e Doutorado em Saúde Coletiva UFC/UECE.

Prof. Dra. Ana Estela Haddad da Faculdade de Odontologia da USP, Diretora de Programas e Secretária Substituta de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, no mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou.

João Guimarães Rosa  
Grande Sertão: Veredas

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Ministério da Saúde pelo financiamento, ao Grupo Hospitalar Conceição e a UFRGS, em especial ao PPG da Epidemiologia pela parceria no projeto de acreditar e investir nas potencialidades dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Ao GHC por disponibilizar a redução da carga horária funcional, propiciando, assim, “um maior espaço de tempo” para a realização deste estudo.

Aos colegas do mestrado pelo convívio acadêmico, interlocução e possibilidade de compartilhamento de experiências tão diversas.

A Camila Giugliani pela gentileza, dedicação, compromisso e responsabilidade com esta turma do mestrado.

Aos professores e aos autores que recorri, pela ajuda na construção deste estudo.

Aos meus orientadores Julio e Cristianne pela oportunidade de compartilhar ideias, inquietações neste percurso e, também, por autorizar a liberdade desta produção.

A Silvia Takeda pela disponibilidade, generosidade e pelas valorosas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

A Vânia Naomi Hirakata pela importante colaboração na análise estatística dos dados.

As pessoas que utilizam o serviço de saúde pela riqueza das experiências e pelo aprendizado cotidiano.

Aos colegas do GHC que compartilham do ideal de investir na construção de políticas públicas.

Aos colegas do SSC implicados com a APS, pela parceria, aprendizado, compartilhamento de experiências e também pelos embates, neste espaço de permanente construção, reflexão e aprimoramento do processo ensino/serviço.

Aos colegas da Unidade NSA pela confiança e compreensão frente aos necessários momentos de afastamento das atividades de trabalho, durante o período de realização deste estudo. Menção especial a Rejane Lima pelo estímulo e suporte.

Aos colegas do Núcleo de Odontologia do Serviço de Saúde Comunitária do GHC pelo suporte no processo de formação durante os períodos de afastamento.

Especial agradecimento aos residentes e egressos pela constante possibilidade de nos confrontarmos com o novo e principalmente pela grande contribuição dada para este estudo.

Ao Gustavo Nascimento pela especial colaboração no trabalho de tradução.

A Daniela Wilhelms, pela amizade, confiança e fundamental parceria em mais esta jornada de desafio intelectual.

As queridas amigas Marta e Helo, pela importante interlocução ao longo dos anos.

Ao Flavio Demarco pelas colaborações neste estudo.

Aos nossos familiares e amigos que tiveram que conviver com a forçosa presença da ausência em muitos momentos.

E, muito especialmente, a Eliana pelo companheirismo, suporte e sempre qualificada interlocução em momentos fundamentais, e a minha querida filha Antonia, pela compreensão, curiosidade, aprendizado e parceria nesta intensa e desafiadora experiência da criação/transmissão.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO

2. INTRODUÇÃO 12

3. REVISÃO DA LITERATURA 15

3.1. Residência Multiprofissional em Saúde 19

3.2. Residência Integrada em Saúde 21

4. OBJETIVOS 26

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 27

6. ARTIGO 31

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E POSSÍVEIS RECOMENDAÇÕES 53

8. ANEXOS

a. Projeto de Pesquisa 56

b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa 83



## ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Currículo Integrado
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospital Conceição
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde de Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PCAToll	Primary Care Assessment Tool
PG	Pequenos Grupos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
RIS	Residência Integrada em Saúde
RIS/GHC	Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospital Conceição
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada pelo Ministério da Saúde, em 1994, para orientar o sistema de saúde brasileiro em direção a Atenção Primária à Saúde. A partir de então, a ampliação da cobertura de equipes de ESF tem estado entre as metas de governo. Para consecução deste propósito, o perfil dos profissionais e a formação se caracterizam como um grande diferencial, com papel determinante em uma reorientação desta magnitude e abrangência. A Residência Multiprofissional em Saúde foi uma das políticas criadas neste sentido. O Grupo Hospitalar Conceição oferece esta modalidade de formação desde 2004. Objetivo: Avaliar a adequação do Programa da Residência Integrada em Saúde, na ênfase Saúde da Família e Comunidade, do GHC, como uma tecnologia de formação de profissionais em APS para o SUS, através de dados coletados junto aos seus egressos. Métodos: O delineamento é um estudo de caso descritivo com associação da metodologia quantitativa e qualitativa, orientado pela avaliação de inferência causal proposta por Habicht et al. A coleta das informações se deu de maneira virtual através de um questionário semiestruturado em formato autoaplicável. A população pesquisada foram 74 profissionais egressos do Programa formados entre os anos de 2005 e de 2008. Resultados: O estudo contou com a participação de 77% dos egressos do Programa. Os dados encontrados revelam uma população de profissionais jovens, predominantemente, do sexo feminino. Estes profissionais exercem suas atividades em 19 cidades, sendo que, na cidade de Porto Alegre se concentram mais de metade deles. 76% dos egressos estão vinculados ao setor público e 49% atuam diretamente na APS. A maioria dos participantes afirma que a formação alterou a forma de perceber a realidade em APS, melhorou suas habilidades e aumentou os conhecimentos. Conclusões: As evidências produzidas no estudo fornecem subsídios para considerar o Programa como uma tecnologia adequada à formação de profissionais de saúde em APS para o SUS.

**Palavras chave:** Atenção Primária em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde, formação em serviço, avaliação de tecnologia em saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy, an initiative from the Ministry of Health, started in 1994, providing guidelines to the Brazilian Health System towards Primary Health Care. Since then, there was a remarkable increase in the strategy coverage. To pursue this objective, the professional profiles and their formation are characterized as great differentials, with a pivotal role in a reorientation of such magnitude. The Health Interprofessional Residency was one of these government policies created with this scope, and the Grupo Hospitalar Conceição has been offering this continuum education course since 2004. Objective: To evaluate the fitting adequation of The Health Interprofessional Residency, emphasis in Family and Community Health, as a good technology to train health professionals in Primary Health Care in the context of Brazilian Health System, using data collected from professionals graduated in the Residency program. Methods: The design is based on a descriptive study case, associating quantitative and qualitative methodologies, relying on the evaluation of causal inference proposed by Habicht et al. The information was collected by a virtual mode with a semi structured and self-administered questionnaire. Professionals (74) that concluded the program between 2005 and 2008 were selected to be included in the sample. Results: The response rate was 77%. The population was mainly composed by young individuals, predominantly females. These individuals perform their professional activities in 19 different cities; more than 50% were working in the State capital city (Porto Alegre). From the individuals interviewed, 76% of them were public servants and 49% were working directly in Primary Health Care. Most of the participants stated that the training during Residency had significantly changed their view in relation to the reality in Primary Health Care, improving their skills and increasing their knowledge. Conclusion: The findings from this study show that the Residency Program could be considered a good technology for training Primary Health Care professionals for the Brazilian Health System.

**Key words:** Primary Health Care, Health Interprofessional Residency, Brazilian Health System, Health Technology Assessment.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 04 de novembro de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## 2. INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista sua magnitude e abrangência, associado à dimensão continental do país, às desigualdades socioeconômicas, às diferenças regionais e também ao modelo de saúde vigente, inúmeras políticas e estratégias vem sendo executadas visando seu desenvolvimento e consolidação como uma política pública de estado.

Uma delas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde em 1994, começou como Programa de Saúde da Família. Em 1998, foi redefinida como Estratégia, sendo responsável pela orientação do sistema de saúde brasileiro para a Atenção Primária à Saúde [1].

A definição de Atenção Primária a Saúde (APS) apresenta diferentes nuances na literatura nacional e internacional. Em alguns países, a APS é conhecida de forma mais abrangente, como definida no conceito de Alma Ata [2] e, em outros, na forma de pacotes mínimos, com rol limitado de ações.

No Brasil, embora a expressão Atenção Básica<sup>1</sup> tenha sido cunhada para definir o primeiro nível do sistema de saúde (em oposição ao termo APS, associado à proposta de pacotes mínimos de serviços do Banco Mundial), tem sido cada vez mais utilizada a definição sistematizada por Bárbara Starfield [3]. Esta autora enfatiza como atributos essenciais da APS: o primeiro contato, que compreende o acesso e a utilização de um serviço de saúde (responde aos problemas ou necessidades de saúde de uma população), a longitudinalidade (atenção e o cuidado personalizados ao longo do tempo), a integralidade (aptidão de lidar com a toda a complexidade dos problemas de saúde, seja resolvendo, na maioria dos casos, ou referindo a serviços mais adequados), e a coordenação (a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades de uma abordagem integral, tanto em uma equipe multidisciplinar como nos diversos pontos da rede de atenção). Esses atributos são complementados por características que deles derivam: a orientação familiar, a abordagem comunitária e a competência cultural.

---

<sup>1</sup> Neste estudo partimos do entendimento de que no Brasil a APS está organizada com o nome de Atenção Básica (AB) e tendo a ESF como modelo, portanto, APS e AB serão usadas como sinônimos, mantendo o termo atenção básica somente na nomenclatura da estrutura e regulamentações do Ministério da Saúde.

Desde a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar das mudanças de governo ocorridas neste período, esta permaneceu como uma política prioritária, com o número de equipes crescendo de forma constante. Atualmente, segundo histórico da cobertura da Saúde da Família, que mostra a evolução do crescimento e implantação das equipes – no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) – existem mais de 30.000 equipes espalhadas pelo país, e a ampliação da cobertura de equipes de ESF ainda está entre as metas do Ministério da Saúde. Ainda neste sentido, o *Pacto pela Saúde*<sup>2</sup> definiu como prioridade: consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS [4].

Considera-se que com a APS – e quando se trata de Brasil a ESF – há uma mudança na forma de produzir saúde. Por sua orientação familiar, esta passa a se dar a partir de núcleos familiares e da referencia no território. Contudo, ainda a maioria das práticas de saúde desenvolvidas nos diferentes âmbitos da atenção é realizada, em grande parte, por profissionais formados dentro de um modelo assistencial privatista, que não contempla sequer a integralidade da atenção, como preconiza a Constituição Federal, em relação ao SUS [5].

Mesmo que as Instituições de Ensino Superior tenham adotado novas diretrizes curriculares, buscando maior sintonia com as modificações produzidas no setor saúde nos últimos anos, ainda predomina a histórica desarticulação entre a necessidade de profissionais requeridos pela Política de Saúde e a formação efetivamente realizada. De certo modo, isso reflete a pouca importância que vem sido dada à formação profissional na gestão de tecnologias do setor saúde. Entendemos que, para uma reorientação desta magnitude e abrangência, a adequação do perfil dos profissionais que atuarão no sistema de saúde pode significar um grande diferencial na sua estruturação.

No que tange à formação médica, a residência – caracterizada por ensino em serviço – tem sido considerada uma das modalidades mais adequada para formação dos profissionais. Para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, esta é

---

<sup>2</sup> Celebrado em 01/2006 pelos gestores do SUS, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes das três esferas e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 02/2006. O Pacto pela Saúde tem três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

preconizada como a modalidade ideal para formar os profissionais que atuam na ESF [6].

Acreditamos que o grande potencial do ensino/aprendizagem em serviço está entre as motivações para que, em 2005, fosse instituída, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde – modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* –, voltada para a educação em serviço [7].

Em relação à oferta e à demanda desta tecnologia (formação multiprofissional em APS), ainda é difícil encontrar na literatura estudos relacionados à sua avaliação, visto sua recente implantação. Além disso, o número de profissionais com formação específica nesta área, em nosso país, ainda é insuficiente, a despeito de seu papel relevante na consolidação do SUS.

Considerando o acima exposto, o objetivo deste estudo é avaliar, desde a perspectiva dos egressos, a adequação do Programa da Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade, desenvolvida no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, como uma tecnologia de formação de profissionais em APS para o SUS.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição Federal prevê no seu Artigo 200, inciso III, que “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” é uma competência do SUS [8]. Aliás, o tema da formação de profissionais para o SUS tem sido abordado frequentemente na legislação, além da Constituição de 1988 [8], a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) [9], e os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, sendo prescritas diretrizes e responsabilidades. Porém, existe ainda uma distância entre o pressuposto constitucional e o que efetivamente vem acontecendo. Isto pode ser evidenciado no panorama a respeito do assunto realizado por Ceccim, Armani e Rocha. Os autores fazem um pinçamento de fragmentos dos textos descritos na legislação brasileira, no tocante à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores em saúde, permitindo, dessa forma, que se possa avaliar o atendimento, omissões e descumprimento daquilo que já foi pensado, planejado e formulado para a educação de profissionais de saúde no Brasil [10].

Entretanto tem que se ressaltar a série de iniciativas que vem sendo realizadas pelos Ministérios da Saúde e Educação, com esforços conjuntos para desenvolver políticas integradas visando alterar este panorama. Dentre estas podemos destacar a adoção de novas diretrizes curriculares, as ações com foco na reorientação dos cursos de graduação como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde), enquanto políticas indutoras de mudanças. Apesar disso, não pode deixar de ser mencionado, como desafio a estes processos, o acúmulo histórico no âmbito das instituições formadoras pelo sistema vigente ao longo dos anos e, que, muitas vezes, se apresenta como um forte obstáculo às mudanças propostas [11].

A formação de profissionais para os sistemas de saúde nacionais também tem sido uma importante preocupação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), esta enfatiza que, entre os elementos essenciais de um sistema de saúde baseado na atenção primária, estão os recursos humanos, que devem possuir o conhecimento e as habilidades adequados, além de observar as normas éticas e tratar as pessoas com dignidade e respeito [12]. Na Conferência Sanitária Pan-americana de 2007, realizada em Washington, DC, os países membros da OPAS se comprometeram a levar adiante o cumprimento de vinte metas em relação aos recursos humanos para a saúde, para o



período 2007-2015. No tocante ao desafio relacionado à educação dos profissionais de saúde, está proposta na Meta 17 que 80% das escolas de ciências da saúde deverão ter, até 2015, reorientado sua formação para a APS e às necessidades da comunidade, e também deverão ter incorporado estratégias para a formação multiprofissional [12].

Mantendo-nos ainda nas proposições da OPAS, dentro da série Renovação da Atenção Primária a Saúde nas Américas, no documento que trata das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), há uma afirmação que conta com nossa total concordância, os recursos humanos são o capital mais importante que possui uma RISS, sua presença em número e competências adequadas se traduz diretamente na disponibilidade dos cuidados e serviços apropriados para as necessidades de uma população [13]. Portanto, a nossa concordância se deve ao fato que acreditamos que os profissionais são a base do sistema de saúde sendo, dessa forma, protagonistas do seu desenvolvimento e da sua melhoria.

No mesmo documento há a um quadro que transcrevemos abaixo. Nele é traçado um paralelo entre características do “passado” e do “futuro” dos serviços de saúde.

O “passado” dos serviços de saúde	O “futuro” dos serviços de saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ênfase no tratamento da enfermidade</li> <li>• Responsável por pacientes individuais</li> <li>• Ênfase no cuidado agudo</li> <li>• Atenção a problemas específicos</li> <li>• O objetivo é encher camas</li> <li>• O pessoal de saúde, os hospitais e as seguradoras de saúde trabalham em separado.</li> <li>• Predomínio hospitalar</li> <li>• Predomínio de especialistas</li> <li>• Predomínio de médicos</li> <li>• Prática individual</li> <li>• Gestores coordenam serviços</li> <li>• Domínio profissional</li> <li>• As pessoas são receptores passivos dos serviços</li> <li>• Responsabilidade exclusiva do setor saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ênfase na promoção e na preservação da saúde</li> <li>→ Responsável pela saúde de populações definidas</li> <li>→ Ênfase na continuidade dos cuidados de saúde</li> <li>→ Cuidado integral</li> <li>→ O objetivo é prover o cuidado em lugar mais apropriado</li> <li>→ os serviços de saúde trabalham de “forma integrada”</li> <li>→ Predomínio ambulatorial</li> <li>→ Predomínio de generalistas</li> <li>→ Incorporação de outros profissionais de saúde</li> <li>→ Trabalho em equipes multidisciplinares</li> <li>→ Gestores buscam ativamente a garantia e o melhoramento contínuo da qualidade</li> <li>→ Participação comunitária</li> <li>→ Autocuidado e autogestão da saúde/enfermidade</li> <li>→ Responsabilidade compartilhada com outros setores da economia</li> </ul>

Fontes: Modificado de Shortell S, Kaluzny A (1997). Organization theory and health services management. In: Shortell S, Kaluzny A, and Associates. Essentials of health care management. Delmar Publishers; y Filerman G. (1994). Health: the emerging context of management. In: Taylor R, Taylor S, editors. The AUPHA manual of health services management. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc [13].

Entendemos a pertinência deste quadro também para se pensar na atualização da formação dos profissionais de saúde, realçando que estes deverão estar preparados para trabalhar com populações definidas, promoção e preservação da saúde, cuidado integral, continuidade dos cuidados de saúde, trabalho em equipes multidisciplinares, necessidade de se trabalhar com redes integradas de serviços de saúde e um protagonismo cada vez maior dos cidadãos e das comunidades, ou seja, para nós, questões bem presentes no cotidiano de trabalho da APS.

Todavia, convém não deixarmos de dar a devida atenção ao enunciado de Gil (2005) no estudo que avalia cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, por sua propriedade quando o assunto trata de estratégias para a formação de profissionais para atuar na APS no âmbito do SUS:

(...) o conjunto dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. Entretanto, as práticas profissionais impressas pelo modelo flexneriano não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas [14].

Feuerwerker (1998), ao falar das mudanças na educação e residência médica no Brasil, assinala que um elemento central da atual crise da saúde é a necessidade de transformar as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, entre a população e sua própria saúde. A autora diz ainda que a introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde [15].

Em nosso entendimento, na APS no contexto do SUS estão reunidos alguns ingredientes que podem contribuir para alcançar o que propõe a autora. Trabalho com território de referência e a produção de saúde a partir de núcleos familiares. Além disto, as Equipes de Saúde da Família tem uma composição multiprofissional (médico, enfermeiro e dentista além do pessoal técnico, auxiliar e dos ACS) e, mais recentemente, com a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde de Famílias (NASF) [16], outras profissões começam a se agregar às equipes.

Continuando nesta reflexão, trazemos o fragmento de um texto de Heckert (2007) pela precisão dos argumentos trazidos pela autora ao que estamos discutindo neste estudo:

Quando os processos de formação operam por meio da fragmentação de saberes, descolada dos processos de trabalho, dos sussurros e cheiros do mundo em que vivemos, acabamos por realimentar latifundiários do saber que tutelam os sujeitos. E é neste sentido que a formação é um vetor fundamental na produção de saberes/fazer modeladores das formas de existência, ao mesmo tempo em que pode se constituir como espaço de compartilhamento de experiências [17].

Benjamin (1985) explicita a diferença entre experiência e vivência. A experiência (*Erfahrung*) se situa na interface entre o que é coletivo e o que é singular, entre o que é do conhecimento estabelecido pela tradição e aquele que traz o novo, em uma transmissão que compartilha o vivido. Já a vivência (*Erlebnis*) é característica do indivíduo solitário da modernidade, nos quais o coletivo se constitui como mero pano de fundo. A experiência, nesta concepção trabalhada pelo autor, é aquela que permite que algo nos aconteça [18].

Considerando o que já foi exposto, ainda agregamos à reflexão os fundamentos da AB descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social [19].

Heckert (2007) nos mostra aspectos essenciais que deveriam ser considerados nos espaços de formação e o que propomos com a associação é mostrar o grande potencial pedagógico existente dentro da APS/SUS enquanto espaço de formação, principalmente quando esta se desenvolve em serviços que busquem operar em sintonia com os fundamentos da PNAB. O processo de trabalho e a circulação de saberes existente podem oferecer, desta forma, alguns destes elementos essenciais

desejados. Em nossa opinião, a formação multiprofissional quando desenvolvida neste contexto, tem potencia para construção de novos paradigmas que procurem romper com a fragmentação do processo de trabalho.

Pela circulação de saberes existente, nestes espaços, na APS, trazemos a classificação proposta por Merhy (1998) para caracterizar as tecnologias de trabalho em saúde: duras (aquelas relacionadas com os equipamentos utilizados em diagnóstico e tratamentos), leve-duras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado) e leves (as inscritas no espaço relacional entre sujeitos) [20]. Olhando desta ótica, observamos que o processo histórico de formação de profissionais de saúde continua baseado no modelo tecnoassistencial que prioriza as tecnologias duras. Na APS, as tecnologias leves tem um papel central, sendo o lócus onde prepondera o espaço relacional entre sujeitos. Acreditamos que este encontro de sujeitos tem potencial para interferir sobre o conhecimento técnico estruturado e dar possibilidades de emergir a inscrição de um novo conhecimento.

Obviamente, devemos ter a clareza que, a constituição de equipes multidisciplinares<sup>3</sup> traz junto um grande desafio: como estruturar o trabalho de forma interdisciplinar<sup>4</sup> quando os processos de formação na graduação ainda são realizados por profissões e com reduzidos espaços de circulação de saberes de outros campos do saberes, próprio de outras profissões? Certamente para propor respostas a esta questão, apesar de muito importante, não é suficiente que esteja escrito na legislação ou em documentos de políticas norteadoras e nem o fato de promover a reunião de várias categorias profissionais em um mesmo espaço ofereça garantias que irá ocorrer trabalho interdisciplinar. Há necessidade de construir também abordagens educacionais que deem conta das diversas áreas de intersecção das profissões, produzindo outros conjuntos de competências e de conhecimento.

### **3.1. Residência Multiprofissional em Saúde**

---

<sup>3</sup> Segundo Piaget, multidisciplinaridade ocorre quando “a solução de um problema torna necessário obter informação de duas ou mais ciências ou setores do conhecimento sem que as disciplinas envolvidas no processo sejam elas mesmas modificadas ou enriquecidas” [21].

<sup>4</sup> Ainda segundo Piaget, o termo interdisciplinaridade deve ser reservado para designar “o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a certa reciprocidade no intercâmbio levando a um enriquecimento mútuo” [21].

Em 30 de junho de 2005, foram instituídas pela Lei Federal nº 11.129 [22], as Residências em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A regulamentação desta Lei se deu pela Portaria nº 2.117, de três de novembro de 2005, que institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço, com a proposição de formação de profissionais que integram a área da saúde, com exceção da formação médica, que já possui regulamentação própria desde 1977 (instituída pelo Decreto nº 80.281) [23].

A residência multiprofissional, conforme divulgado no *site* do Ministério da Saúde, teria o objetivo de capacitar o profissional para trabalhar em equipe. Cada profissão manteria seu núcleo de competências próprio com seu respectivo conjunto de conhecimento específico. Entretanto, os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais, a partir da intersecção das diversas áreas da saúde, produziram outros conjuntos de competências e de conhecimento, que redimensionariam o trabalho e seu potencial educativo. Para os Ministérios da Saúde e da Educação, esse novo processo de formação exigiria uma abordagem educacional que dê conta dessas áreas de intersecção [24].

Assim sendo, modalidade de formação, como a residência multiprofissional, buscaria a superação do paradigma de educação em saúde fundamentado no enfoque da especialidade e da segmentação do processo de trabalho. Buscariam ainda a superação da lógica de atenção em saúde em que predomina a razão instrumental, fundada no olhar de profundidade, que penetra o corpo, e na manipulação progressiva do mesmo, que coloca o sujeito em posição de objeto [25]. Nesta proposição, a pessoa reconhecida como sujeito com múltiplas necessidades, seria o norteador do modelo de atenção.

Para Ceccim (2003), a questão da renovação e reforma na saúde pública brasileira não se faz sem uma política consistente e articulada de educação para o setor. Nesse sentido, a formação de profissionais aptos a desenvolverem uma assistência integral humanizada passaria pela criação de dispositivos de trabalho educativo em que as linhas de encontro entre os campos de saber potencializariam a produção de um território ampliado de trabalho em saúde, rico em possibilidades e

criatividade, capaz de transformar os modos de trabalhar. A criação das residências multiprofissionais surge como uma proposta potencial de se constituir como um dos vetores que aponta para esta renovação. Para o autor, o termo integrada seria mais adequado aos objetivos do programa do que a denominação multiprofissional, pois abordaria a integração entre trabalho e educação, entre as diversas profissões da área da saúde e entre ciências biológicas e sociais para alcançar a atenção integral em saúde, pois trata-se não apenas de um campo de multiplicidades, mas de um espaço de articulação e integração [26].

### **3.2. Residência Integrada em Saúde (RIS)**

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado em Porto Alegre-RS é um complexo de atenção a saúde, vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e constituído por 4 Hospitais, 12 Unidades de Saúde e 3 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). No GHC, a tradição de formação médica através de programas de residência vem desde 1962. A instituição oferece hoje 31 Programas de Residência Médica, com cerca de 260 residentes em processo de formação, ao ano [5]. Por esta longa história como espaço de formação, em agosto de 2004, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital Cristo Redentor e o Hospital Fêmeina, através de Portarias Interministeriais, foram certificados como Hospitais de Ensino [27, 28, 29].

Dentro do GHC, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) funciona desde 1983, seguindo os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), expresso no SUS, e orientado pelo referencial teórico de Bárbara Starfield [3], no que se refere aos atributos da APS. Surgiu, no princípio, como suporte de trabalho para o Programa de Residência em Medicina de Família que estava sendo instalado naquela época. Com o passar dos anos, contando com uma efetiva participação popular e de seus trabalhadores na gestão, o Serviço foi sendo ampliado devido predominantemente às demandas das comunidades vizinhas onde ele estava instalado. Com isto, atualmente, o SSC tem doze Unidades de Saúde, integradas ao Sistema Municipal de Saúde e a responsabilidade sobre a saúde de uma população de cerca de 108.000 pessoas, das zonas norte e leste do município de Porto Alegre [30].

Avaliações de serviços de saúde com forte presença de atributos da APS – reconhecidos como eixos estruturantes do processo e associados à qualidade dos serviços – mostraram que estes têm melhor desempenho em relação à qualidade do

cuidado, menores custos e maior satisfação dos usuários. No estudo de Oliveira (2007), através da experiência de usuários, o SSC comparado com outros Serviços em Porto Alegre teve os maiores escores de APS<sup>5</sup> e, neste caso, se mostrou bastante positiva, para alcançar estes resultados à incorporação de outras profissões (Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Farmácia) no cuidado [31].

O SSC possui três eixos norteadores a atenção à saúde, a formação de profissionais de saúde e a produção de conhecimento, articulados entre si. Neste conjunto dos fazeres, experiências acumuladas e reflexões que ocorrem nos territórios de abrangência das Unidades de Saúde, demonstram ser um espaço pedagógico potente.

Na APS, como dito anteriormente, há uma mudança na forma de produzir saúde, esta passa a de dar a partir de núcleos familiares e da referência no território. Na APS praticada no SSC, as Unidades de Saúde, em sua maioria, criadas a partir de reivindicações das próprias comunidades, através do movimento popular organizado, trabalham com território definido e a partir de núcleos familiares desde a sua implantação. Há ainda uma escolha de se trabalhar em todas as Unidades de Saúde com Equipes Multiprofissionais ampliadas (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Psicologia e trabalhando na forma de matriciamento a Farmácia, a Nutrição e alguns especialistas focais da medicina), além do pessoal técnico, auxiliar e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O trabalho com Equipes Multiprofissionais vem sendo realizada desde o princípio dos anos 90, e mesmo que algumas Equipes foram sendo complementada ao longo dos anos, esta organização do processo de trabalho propiciou uma maior circulação de saberes, criando, portanto, condições mais favoráveis para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e potencialidades para a construção de novos paradigmas que procuram romper com a fragmentação do processo de trabalho e, por consequência, contribuem para tornar este Serviço um lócus privilegiado para as possíveis rupturas, em relação ao modelo biomédico<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> O instrumento PCA Tool (Primary Care Assessment Tool) permite a mensuração da extensão destes atributos através da experiência de usuários e profissionais.

<sup>6</sup> A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica, se caracteriza por considerar apenas os fatores biológicos como causas das doenças, o que por sua vez determina os modos de tratamento. Em contrapartida a este, temos o modelo biopsicossocial, que engloba os fatores

Neste contexto, somado a experiência de formação da Residência em Medicina de Família e Comunidade<sup>7</sup> (desde 1983), que começa a se desenvolver, em 2004, a Residência Integrada em Saúde (RIS), ênfase Saúde da Família e Comunidade<sup>8</sup> [33], passando a formar, de maneira integrada, profissionais da área de Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Farmácia e Nutrição.

A formação segue os conceitos de campo e núcleo proposto por Campos (2000). O núcleo diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista, sendo facilmente percebido através dos ditames dos conselhos profissionais, das disciplinas específicas de cada categoria e que conformam um dado profissional. O campo seria constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades, é mais aberto, sendo definido a partir do contexto em que operam certas categorias de profissionais [34].

Para o autor, a cogestão de campo e núcleo é a forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente a distribuição de encargos e a circulação de saberes de uma Equipe [34].

O processo de aprendizagem proposto no Programa é o modo dialógico e o que se pretende, na organização dos processos de trabalho, é a construção de sujeitos autônomos e críticos que busquem trabalhar de forma interdependente e solidária. Não se deixa de reconhecer e considerar também, neste processo, o tencionamento presente na relação docente e discente, bem como, as contradições e o caráter ideológico das práticas e dos discursos.

O programa tem a duração de dois anos e a carga horária anual em torno de 2880 horas. Cerca de 80% desta carga horária é constituída de treinamento em serviço, e o restante é ocupado com atividades de reflexão teórica complementar,

---

sociais e psicológicos ao biológico e que se caracteriza pela inserção de outros profissionais de saúde, além do médico, na atuação no campo de Saúde e também de outros métodos de tratamentos [32].

<sup>7</sup> Apesar da existência de dois programas em residência em Saúde da Família e Comunidade (Médica e RIS), no SSC, a formação é integrada nas unidades de saúde, também sendo comum a ambos, a reflexão teórica de campo (baseada na APS/SUS e no território).

<sup>8</sup> Além da ênfase Saúde da Família e Comunidade, a RIS/GHC atualmente é constituída por outras três ênfases: Saúde Mental, Atenção ao Paciente Crítico e Onco-hematologia. Estas desenvolvem suas atividades no âmbito de outros serviços do GHC.



tendo a compreensão da dificuldade de se estabelecer precisamente os limites entre estes campos.

Dentro do treinamento em serviço são realizadas atividades que fazem parte do processo de trabalho cotidiano de uma Equipe de Saúde de APS: atendimento individual e coletivo, visitas domiciliares, ações de vigilância da saúde, atividades intersetoriais, encontros com o conselho de saúde, ou seja, atividades que permitam aprender a lidar com as necessidades de saúde da população do território.

Os espaços de reflexão teórica complementar oferecem subsídios teóricos para as atividades ligadas ao núcleo profissional específico e ao campo da APS. Nos seminários integrados, comum aos residentes das quatro ênfases da RIS/GHC, são fornecidos recursos para o desenvolvimento de pesquisa e o trabalho em redes integradas de serviços.

No SSC, para buscar uma abordagem educacional que pudesse dar conta das áreas de intersecção, como proposto na legislação que trata da Residência Multidisciplinar, o dispositivo de campo desenvolvido, em parceria com o Programa de Residência Médica, foi o Currículo Integrado (CI) que tem como eixos norteadores os princípios da APS/SUS, seus modos de fazer<sup>9</sup> e o território<sup>10</sup>. Em relação aos conteúdos, ainda são trabalhados as ações programáticas e a vigilância em saúde, a partir dos territórios e das necessidades de saúde da população. No 2º ano do Programa, os grupos de residentes escolhem um município de pequeno ou médio porte do Rio Grande do Sul (RS) e elaboram um projeto para implantação da ESF, orientado pelo manual da Secretaria de Saúde do Estado [35].

O referencial teórico-metodológico do CI é uma associação da Problematização<sup>11</sup> e alguns elementos da Aprendizagem Baseada em Problemas<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> As práticas cotidianas que se contrapõem ao modelo médico hegemônico para um novo fazer na saúde, que os autores discutem como modelos tecnoassistenciais, são consideradas como os modos de fazer em APS [35].

<sup>10</sup> A concepção de território utilizada transcende a sua redução a um espaço geográfico, pressupõe ser este o espaço onde se realizam as experiências cotidianas de todos nós, as rotinas, as buscas, os projetos, as frustrações, as relações, as vivências, a crítica, o senso-comum [35].

<sup>11</sup> Construir conhecimentos através da análise de problemas dentro do território, compreender a realidade na sua complexidade, procurando então, trabalhá-la a partir de um novo olhar dos problemas cotidianos. Busca de uma concepção crítica-reflexiva do processo educacional que articule a teoria e a prática, a participação ativa do estudante e o exercício do diálogo interdisciplinar [35].

(PBL), sendo a Problematização o principal eixo estruturante do processo pedagógico (essência pedagógica) e a PBL auxilia com sua estruturação [35].

Para desenvolvimento do processo são criados Pequenos Grupos (PG) compostos por 8 a 10 residentes cada<sup>13</sup>, que se reúnem semanalmente, acompanhados por um facilitador que fará a mediação do trabalho do grupo<sup>14</sup> [35].

Do Projeto Político Pedagógico (PPP) da RIS/GHC destacamos seu objetivo geral:

Especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do SUS, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisa, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS.

E seus objetivos específicos:

Propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto sócio-histórico-cultural; promover a vivência do trabalho em equipe, com objetivo de construir uma perspectiva interdisciplinar na atenção à saúde; aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica visando à atenção integral à saúde; desenvolver no processo de trabalho responsabilidade, atitude colaborativa e senso ético; desenvolver a prática alicerçada na concepção de vigilância em saúde; capacitar para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde; possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o planejamento, a gestão e a avaliação; promover o conhecimento e estimular a participação das redes intersetoriais; estimular a participação nos espaços de controle social e estimular a produção científica [37].

Estes objetivos servirão como base para processo de avaliação de adequação do Programa.

---

<sup>12</sup> Definido como uma abordagem para aprendizagem e a instrução na qual os estudantes lidam com problemas em pequenos grupos sob a supervisão de um tutor ou facilitador [36].

<sup>13</sup> Espaço onde se concretiza o relato da vivência, a análise crítica e a proposição de ferramentas para a busca de soluções para os problemas, sendo também o local onde se experimenta a construção interdisciplinar, pois os membros dos grupos pertencem a diferentes áreas do conhecimento que estão frente a um problema complexo [35].

<sup>14</sup> Grupo multidisciplinar com identidade coletiva, dividido entre os dois anos de residência. O exercício da interdisciplinaridade que o grupo busca construir a partir das discussões da construção do conhecimento que são experimentadas no cotidiano dos PGs, tem o desafio de romper com a fragmentação da disciplina, dominando-a num certo sentido e elaborando novas compreensões da realidade do processo educativo e das soluções dos problemas em estudo. Essa identidade passa pela construção de novos paradigmas, tanto para a educação quanto para a saúde. Na educação, romper com o modelo informativo para um modelo participativo, partindo de um reconhecimento de si e do outro como sujeitos de saberes que se potencializam com a convivência interdisciplinar e problematizadora. Na saúde, partir do conceito de integralidade e construção de um olhar ampliado e complexo na compreensão e intervenção nas necessidades e problemas de saúde da população [35].

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar, desde a perspectiva dos egressos, a adequação do Programa da Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade, desenvolvida no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), como uma tecnologia de formação de profissionais em APS para atuar no SUS.

### **Objetivos Específicos**

- Traçar um perfil sócio demográfico dos profissionais egressos, caracterizando segundo: idade, sexo, naturalidade, local da graduação, localidade onde desenvolve a atividade profissional.
- Identificar a natureza dos serviços onde os egressos desenvolvem a sua prática profissional atual.
- Investigar a opinião dos egressos sobre o papel de aspectos da Formação Multiprofissional em APS no desenvolvimento de sua prática profissional atual.
- Avaliar aspectos deste Programa que necessitam ser aprimorados.

## 5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997.
2. Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. Lancet, 1978.16; 2 (8103):1308.
3. Starfield B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO & Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
4. Brasil, MS, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª edição, 2007. Brasília, DF.
5. Baldisserotto J, Fajardo AP, Pasini VL, Schimdt MH, Azeredo NSG, Martins AR, Silveira CB, Amoretti R. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.. In Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, pág. 355-373, 2006.
6. Seminário de Especialidades Médica do Campo da Saúde Coletiva. Campinas, 25 a 26 de novembro de 1999. Relatório Final. Campinas, 1999. Disponível em <http://www.datassys.gov.br/cns/documentos/relatorio.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 2.117/05 de 03 de novembro de 2005. Diário Oficial da União.
8. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em <http://.senado.gov.br.br/sf/legislação/const/>.
9. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
10. Ceccim RB, Armani TB e Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência e saúde coletiva, 2002, vol.7, nº. 2, p.373-383.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório Consolidado de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2005-2010. Ministério da Saúde & OPAS, Brasília, 2010.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 2). Washington, DC: OPS, 2008, 71 págs.
13. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos Opciones de Política y Hoja Ruta para su Implantación en las Américas (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Washington, DC: OPS/OMS 2008.
14. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 490-498 mar-abr, 2005.
15. Feuerwerker, LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n.3, 1998.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 2008.
17. Heckert, ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro, R; Mattos, RA. (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.
18. Benjamin W. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Lescov. In: Magia, técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura, e história da cultura. Obras escolhidas v. 1. São Paulo: Brasiliense, 1985.
19. Brasil, MS, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª edição, 2007. Brasília, DF.
20. Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o Público. Editora Xamã, São Paulo, 1998.
21. Piaget, J. The epistemology of interdisciplinary relationship (122 - 135). In CERI & OECD (Eds.). Interdisciplinarity. Paris: CERI & OECD, 1972.

22. Brasil. Lei 11.129, de 30 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Residência em Área Profissional DCE Saúde e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 2.117/05 de 03 de novembro de 2005. Diário Oficial da União.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TextodeReferencia.pdf>.
25. Costa JF. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
26. Ceccin R. & Ferla A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. Em Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. (Pinheiro R. & Mattos R. Orgs.) Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.
27. Brasil. Portaria Interministerial nº 1704, de 17 de agosto de 2004. Diário Oficial da União de 18 de agosto de 2004.
28. Brasil. Portaria Interministerial nº 2092, de 21 de outubro de 2005. Diário Oficial da União de 22 de outubro de 2005.
29. Brasil. Portaria Interministerial nº 1498 de 06 de junho de 2009. Diário Oficial da União de 07 de junho de 2009.
30. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. BIS – Boletim Informativo do Serviço de Saúde Comunitária – GHC, outubro de 2000.
31. Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde nos Serviços de Atenção Primária de Porto Alegre: Uma Análise Agregada 2007. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
32. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde. Manguinhos-RJ, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

33. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. Portaria nº 109, de 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. [S.1.:s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>.
34. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.
35. Diercks MS, Pekelman R, Medeiros RHA, Silveira LR, Torres AA, Wilhelms DM, Mano MA. O Currículo Integrado como Estratégia de Formação Teórica em Atenção Primária à Saúde para os Residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade. In: *Residências em saúde: saberes & fazeres na formação em saúde*. Org. Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, pag. 173-189, Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
36. Mamede S. (org). Penaforte J. et al. *Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
37. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP). Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>.

## **Artigo da Dissertação de Mestrado**

### **Avaliação de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: um estudo da perspectiva dos egressos**

### **Evaluation of a Program of Interprofessional Residency in Primary Health Care: a study from the egresses perspective**

Egidio Antonio Demarco [1], Julio Baldisserotto [2], Cristianne Famer Rocha [3]

[1] Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Preceptor da RIS/GHC;

[2] Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Doutor em Gerontologia Biomédica, Coordenação do Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologias em Saúde do PPGEPI da UFRGS-GHC, Coordenador do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do Idoso da Escola GHC.

[3] Professora Adjunta da UFRGS, Doutora em Educação, Professora convidada da Universidad para La Cooperacion Internacional (UCI) na Costa Rica, Professora Colaboradora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa em Portugal, Consultora do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, Colaboradora do PPGEPI da UFRGS.

Endereço para correspondência:

Rua Ferreira Viana, 666/301, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90670-100.

Fone: (51) 33332183 ou (51) 91281221

E-mail: edemarco@portoweb.com.br ou egidiodemarco@gmail.com

**A ser enviado ao periódico Cadernos de Saúde Pública**



## **Resumo**

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada para orientar o sistema de saúde brasileiro em direção à Atenção Primária à Saúde. Para consecução deste propósito, o perfil dos profissionais e a formação se caracterizam como um grande diferencial, com papel determinante nesta reorientação. O objetivo do estudo é avaliar a adequação do Programa de Residência Multiprofissional, ênfase Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição, através de dados coletados junto aos egressos. O delineamento é um estudo de caso descritivo com associação da metodologia quantitativa e qualitativa. O estudo contou com a participação de 77% dos egressos. Os dados revelam uma população de profissionais jovens, predominantemente, do sexo feminino, sendo 76% vinculados ao setor público e 49% atuando na APS. A maioria afirma que a formação alterou a forma de perceber a realidade, melhorou suas habilidades e aumentou os conhecimentos. As evidências produzidas fornecem subsídios para considerar o Programa avaliado como uma tecnologia adequada à formação de profissionais em APS para o SUS.

**Palavras chave:** Atenção Primária em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde, formação em serviço, avaliação de tecnologia.

## **Abstract**

The Family Health Strategy was implanted to orientate the Brazilian Health System towards Primary Health Care. For such dimensional reorientation, the professional profile has a great impact and the professional formation plays a significant role. The objective of this study was to evaluate the adequacy of a Program of Interprofessional Residency, emphasis in Family and Community Health, using a questionnaire survey with egresses. The design is based on a descriptive study case, associating quantitative and qualitative methodologies. The response rate was seventy-seven percent. Basically, the egresses were young individuals, mainly females with 76% being public servants and 49% were working in Primary Health Care while. Most of the egresses stated that the Residency Program impacted the way they observe the reality, improved their professional skills and knowledge. The findings emerging from this study provide evidences to consider the evaluated Program as an appropriate technology for the formation of Primary Health Care professional for the Brazilian Health System.

**Key words:** Primary Health Care, Health Interprofessional Residency, Brazilian Health System, Health Technology Assessment.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, como Programa de Saúde da Família, foi redefinida, em 1998, como Estratégia, sendo responsável pela orientação do sistema de saúde brasileiro para a Atenção Primária à Saúde (APS) [1]. Mesmo diante das mudanças de governos ocorridas neste período, foi mantida como uma política prioritária, com o número de equipes crescendo de forma constante. Atualmente há mais de 30.000 equipes espalhadas pelo país, e a ampliação da cobertura de equipes de ESF permanece entre as metas do Ministério da Saúde.

No Brasil, apesar de utilizarmos o termo Atenção Básica (AB) para definir o primeiro nível do sistema de saúde, se nos ativermos a seus fundamentos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [2], podemos observar a utilização dos atributos essenciais da APS, neste nível de atenção, de acordo com a definição sistematizada por Bárbara Starfield [3]. O primeiro contato, que compreende o acesso e a utilização de um serviço de saúde, a longitudinalidade (atenção e o cuidado personalizados ao longo do tempo), a integralidade (aptidão de lidar com a toda a complexidade dos problemas de saúde) e a coordenação (a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades de uma abordagem integral, tanto em uma equipe multidisciplinar como nos diversos pontos da rede de atenção).

Em função do acima exposto, neste estudo, partimos do entendimento de que no Brasil a APS está organizada com o nome de Atenção Básica e tem a ESF como modelo. Portanto, APS e AB serão usadas como sinônimos, mantendo o termo atenção básica somente na nomenclatura da estrutura e regulamentações do Ministério da Saúde.

Considera-se que com a APS – e quando se trata de Brasil, a ESF – há uma mudança na forma de produzir saúde. A sua orientação passa a se dar a partir de núcleos familiares e da referência no território. Contudo, ainda hoje a maioria das práticas de saúde, desenvolvidas nos diferentes âmbitos da atenção, é realizada, em grande parte, por profissionais formados dentro de um modelo assistencial privatista, que não contempla sequer a integralidade da atenção, como preconiza a Constituição Federal, em relação ao SUS [4].

Entretanto tem que se ressaltar a série de iniciativas que vem sendo realizadas pelos Ministérios da Saúde e Educação, com esforços conjuntos para desenvolver políticas integradas visando alterar este panorama. Dentre estas podemos destacar a adoção de novas diretrizes curriculares, as ações com foco na reorientação dos cursos de graduação como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde), enquanto políticas indutoras de mudanças. Apesar disso, não pode deixar de ser mencionado, como desafio a estes processos, o acúmulo histórico no âmbito das instituições formadoras pelo sistema vigente ao longo dos anos e, que, muitas vezes, se apresenta como um forte obstáculo às mudanças propostas [5].

Reconhecemos que os profissionais exercem um papel de protagonismo na melhoria e desenvolvimento do sistema de saúde, tendo em vista que, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sua presença em número e competências adequadas se traduz diretamente na disponibilidade dos cuidados e serviços apropriados para as necessidades de uma população [6]. Todavia, o que se constata é uma desarticulação entre a necessidade de profissionais requeridos pelo Sistema de Saúde, e a formação efetivamente realizada, ilustrando, desse modo, como o conhecimento profissional, neste setor, é uma das tecnologias mais negligenciadas quando o assunto tratar de gestão de tecnologias.

O distanciamento entre as políticas de formação e a política de saúde evidencia o pouco reconhecimento da importância do mercado de trabalho em saúde, principalmente no que tange a APS. A indefinição do perfil profissional ao término da graduação se traduz na necessidade de qualificação e de adequação aos novos modelos assistenciais.

Na avaliação da Atenção Básica em 31 municípios de Minas Gerais e Espírito Santo, desenvolvida por Camargo Jr et al. (2008), corrobora para esta observação. Os autores percebem como um dos nós górdios no caminho da implantação da ESF, de forma abrangente, a gestão dos recursos humanos. Em muitos casos houve um processo de adaptação das realidades locais mantendo assim, o modelo vigente antes da implantação do programa [7].

O tema da formação de profissionais para o SUS tem sido abordado frequentemente na legislação [8,9], sendo prescritas diretrizes e responsabilidades,

porém, existe ainda uma distância entre os pressupostos e o que efetivamente vem acontecendo.

A introdução de novos cenários de ensino, acompanhada de mudanças nas práticas de saúde, pode ser um elemento central e desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde [10].

Em nosso entender, a APS, no contexto do SUS, representa um desses cenários, por ser um local onde estão reunidos alguns ingredientes que podem contribuir para alcançar este objetivo. Dois deles são o trabalho com território de referência e a produção de saúde a partir de núcleos familiares. O terceiro é a composição multiprofissional das Equipes da ESF que pode favorecer o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

Também para se pensar na atualização da formação, conforme preconizado na PNAB [2], devemos considerar que os profissionais deverão estar preparados para trabalhar com populações definidas, promoção e preservação da saúde, cuidado integral, continuidade dos cuidados de saúde, trabalho em equipes multidisciplinares, necessidade de se trabalhar com redes integradas de serviços de saúde e um protagonismo cada vez maior dos cidadãos e das comunidades, ou seja, questões bem presentes no cotidiano de trabalho da APS.

As Residências em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde foram instituídas em junho de 2005, pela Lei Federal nº 11.129 [11]. A regulamentação se deu pela Portaria nº 2.117, de novembro de 2005 [12].

A Residência Multiprofissional, conforme o Ministério da Saúde tem o objetivo de capacitar o profissional para trabalhar em equipe. Cada profissão manteria seu núcleo de competências próprio com seu respectivo conjunto de conhecimento específico. Entretanto, os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais, a partir da intersecção das diversas áreas da saúde, devem produzir outros conjuntos de competências e de conhecimento, que redimensionariam o trabalho e seu potencial educativo. Para os Ministérios da Saúde e da Educação, esse novo processo de formação exige uma nova abordagem educacional para dar conta dessas áreas de intersecção [13].

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um complexo de atenção à saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, localizado em Porto Alegre - RS. Possui a tradição de formação médica, através de programas de residência, desde 1962. A instituição oferece hoje 31 Programas de Residência Médica, com cerca de 260 residentes em processo de formação, ao ano [14].

Dentro do GHC há o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), composto por doze Unidades de Saúde, integradas ao Sistema Municipal de Saúde e a responsabilidade sobre a saúde de uma população de cerca de 108.000 pessoas, das zonas norte e leste do município de Porto Alegre [15].

A formação de profissionais médicos, através do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, neste Serviço, vem desde 1983. A partir de 2004, passou a formar, de maneira integrada, profissionais da área de Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Farmácia e Nutrição através da Residência Integrada em Saúde (RIS), ênfase Saúde da Família e Comunidade [16].

Considerando o exposto, o objetivo deste estudo é avaliar, desde a perspectiva dos egressos, a adequação do Programa da Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade, desenvolvida no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, como uma tecnologia de formação de profissionais em APS para o SUS.

### **Características do espaço de formação e do Programa**

O SSC funciona seguindo os princípios da APS, expressos no SUS, e do referencial teórico de Bárbara Starfield [3], no que se refere aos atributos da APS. Possui três eixos norteadores articulados entre si: a atenção à saúde, a formação de profissionais de saúde e a produção de conhecimento.

As Unidades de Saúde trabalham com território definido e a partir de núcleos familiares, desde a sua implantação, em 1983. O trabalho com equipes multiprofissionais vem sendo realizada desde o princípio dos anos 90. Neste conjunto dos fazeres, experiências acumuladas e reflexões que ocorrem nos territórios de abrangência das Unidades demonstra ser um espaço pedagógico potente.

A organização do processo de trabalho também propiciou uma maior circulação de saberes, criando, portanto, condições mais favoráveis para o

desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e potencialidades para a construção de novos paradigmas que procuram romper com a fragmentação do processo de trabalho e, por consequência, contribuem para tornar este Serviço um lócus privilegiado para possíveis rupturas, com relação ao modelo biomédico.

O programa tem a duração de dois anos e a carga horária anual em torno de 2880 horas. Cerca de 80% desta carga horária é constituída de formação em serviço, e o restante é ocupado com atividades de reflexão teórica complementar.

A formação segue os conceitos de campo e núcleo proposto por Campos (2000). O núcleo diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista. O campo é constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades. Para o autor, a cogestão de campo e núcleo é a forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente, a distribuição de encargos e a circulação de saberes de uma equipe [17].

O processo de aprendizagem proposto no Programa é o modo dialógico, em busca de uma concepção crítica-reflexiva do processo educacional que articule a teoria e a prática, a participação ativa do estudante e o exercício do diálogo interdisciplinar. Na organização dos processos de trabalho, o que se pretende, é a construção de sujeitos autônomos e críticos que busquem trabalhar de forma interdependente e solidária.

O processo de formação está assim, imbricado ao processo de trabalho. Os residentes são inseridos e passam a fazer parte das equipes nas Unidades, envolvendo-se e responsabilizando-se, juntamente com os demais membros, pelas necessidades de saúde da população do território.

Entendemos este espaço de compartilhamento de experiência como de significativa importância. Benjamin (1985) explicita a diferença entre experiência e vivência. A experiência se situa na interface entre o que é coletivo e o que é singular, entre o que é do conhecimento estabelecido pela tradição e aquele que traz o novo, em uma transmissão que compartilha o vivido. Já a vivência é característica do indivíduo solitário da modernidade, nos quais o coletivo se constitui como mero pano de fundo. A experiência, nesta concepção trabalhada pelo autor, é aquela que permite que algo nos aconteça [18].

O 1º ano da formação se dá essencialmente nas Unidades. Os principais conteúdos trabalhados são os princípios da APS/SUS e o território e, a partir das necessidades de saúde da população, a vigilância em saúde e as ações programáticas. No 2º ano, dentre os estágios curriculares, há um de gerenciamento de uma unidade de saúde. Os grupos de residentes também elaboram um projeto para implantação da ESF, em um município do Rio Grande do Sul (RS), orientado pelo manual da Secretaria de Saúde do Estado [19].

Para buscar uma abordagem educacional que pudesse dar conta das áreas de intersecção, como proposto na legislação que trata da Residência Multidisciplinar, o dispositivo de campo desenvolvido, em parceria com o Programa de Residência Médica, foi o Currículo Integrado (CI), espaço onde se procura exercitar a construção da interdisciplinaridade. O referencial teórico-metodológico do CI é uma associação da Problematização (eixo do processo pedagógico) e alguns elementos da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) que auxiliam na estruturação [19].

## **MATERIAIS E METODO**

O delineamento é do tipo estudo de caso descritivo com associação da metodologia quantitativa e qualitativa [20].

Habicht et al. (1999) definem dois eixos que norteiam a avaliação de programas. Um que se refere ao tipo de indicador a ser utilizado, e o outro, ao tipo de inferência necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto de processo quanto de impacto, foram efetivamente decorrentes da exposição à intervenção [21]. Os autores identificam as avaliações em três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade. Mesmo que estas contribuições teóricas tenham sido produzidas no campo da Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, nos valem delas para caracterizar o estudo realizado como sendo uma avaliação de adequação. As avaliações de adequação investigam se os objetivos do programa foram alcançados. São estudos descritivos e não precisam ter controles, portanto, são mais simples e devem ser feitos antes de estudos mais complexos e dispendiosos [22].

O instrumento utilizado para coleta das informações foi um questionário semiestruturado, em formato autoaplicável, desenvolvido para esta finalidade, contendo questões fechadas e abertas com espaços dirigidos a comentários livres dos participantes.

A população pesquisada foram os profissionais egressos da ênfase Saúde da Família e Comunidade, formados entre os anos de 2005 e 2008. Neste período, 74 profissionais haviam cumprido o tempo de formação proposto no Programa, estando aptos, desta forma, a participar como sujeitos da pesquisa.

O contato se deu essencialmente de maneira virtual. Na mensagem, foi enviada uma carta personalizada esclarecendo os objetivos e a metodologia utilizada. Como anexos foram enviados o questionário autoaplicável e uma cópia do TCLE aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC em 16/12/2009.

A coleta dos dados se deu entre os dias 07/01/10 e 18/04/10 e a maioria dos questionários foi devolvida por meio eletrônico.

Na análise dos dados das variáveis quantitativas estudadas, utilizamos o programa SPSS 16.0 para observar a distribuição absoluta e relativa, bem como a média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas em percentuais e, nas variáveis contínuas, foram utilizadas a média e o desvio padrão.

Para a análise qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Trata-se de uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como a sua história, sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [23].

## **RESULTADOS e DISCUSSÃO**

### **Características dos participantes do estudo**

O percentual de devolução dos questionários foi considerado alto (77%). A média de idade dos egressos participantes foi de pouco menos de 30 anos, o que pode ser caracterizada como profissionais jovens. A crescente feminilização da força de trabalho no setor saúde está bem marcada neste estudo, onde quase 90% desta é composta pelo sexo feminino. Neste sentido, os dados encontrados são compatíveis com outros como Gil [24] e Machado [25] que vêm revelando esta tendência do mercado de trabalho em saúde. Em relação ao curso de graduação, o percentual de participantes, por categoria profissional, é proporcional ao número de vagas ofertadas para ingresso na residência. Atualmente são disponibilizadas 34 vagas/ano para ingresso (9 Odontologia, 7 Enfermagem, 7 Serviço Social, 5 Psicologia, 4



Farmácia e 2 Nutrição). Os egressos realizaram seus cursos de graduação em 12 universidades, sendo em sua maioria graduados na UFRGS e na PUCRS (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 que responderam o questionário

				Média	Desvio padrão	Total	
		n	%			n	%
Aptos a participar						74	100
Responderam o questionário						57	77
Idade (em anos)				29,86	4,94	57	100
Sexo	Feminino	50	87,7				
	Masculino	7	12,3			57	100
Graduação	Enfermagem	12	21,1				
	Farmácia	4	7,0				
	Nutrição	2	3,5				
	Odontologia	18	31,6				
	Psicologia	6	10,5				
	Serviço social	15	26,3			57	100
Instituição Formadora na Graduação	UFRGS	17	29,8				
	PUCRS	15	26,3				
	ULBRA	5	8,8				
	UFSM	4	7,0				
	UFPEL	4	7,0				
	UNISINOS	4	7,0				
	UNIJUI	2	3,5				
	UPF	2	3,5				
Outras*	4	7,0			57	100	
Conclusão da Residência	2005	13	22,8				
	2006	8	14,0				
	2007	16	28,1				
	2008	20	35,1			57	100

\*UFF, UFSC, UNISUL (SC) e UNISC: um egresso cada.

### **Situação profissional atual**

Atuam diretamente na APS 49,2% dos egressos, sendo, 91,7% dos participantes da enfermagem e 55,6% da odontologia, ou seja, profissionais já presentes nas equipes da ESF. O aproveitamento na APS dos profissionais das demais categorias provavelmente seria diferente, não fosse tão recente a implantação do NASF. 12,2% continuavam em atividades de formação; 7% estavam desempregados no momento da pesquisa; 5,2% trabalham de forma autônoma; os demais trabalham em outros serviços. Estes profissionais exercem suas atividades em 19 cidades, sendo 52% na cidade de Porto Alegre, seguindo a tendência de concentração nos grandes centros urbanos e de manterem-se na região onde concluíram a Graduação e a Residência [26]. A esse respeito, algumas considerações podem ser feitas: se por um lado, os dados mostram a importância de existir políticas de estímulo à interiorização, por outro, como a maior dificuldade de consolidação da ESF se encontra nos grandes centros urbanos, o fato de haver concentração de

profissionais com uma preparação diferenciada, nestes locais, pode significar um fator positivo (Tabela 2).

**Tabela 2** Distribuição dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 de acordo com a atuação profissional por campo de atividades e cidades

		n	%	Total
Campo de Atividades	APS/UBS	19	33,3	
	APS/Gestão	8	14,1	
	Desempregado	4	7,0	
	CAPS	4	7,0	
	ONGS	4	7,0	
	Residentes (3º ano)	4	7,0	
	Outro (não especificado)	3	5,2	
	Mestrando	3	5,2	
	Autônomo	3	5,2	
	APS/Pesquisa	1	1,8	
	Consultor (UNESCO)	1	1,8	
	Terciário (Hospital)	1	1,8	
	Terciário/Gestão	1	1,8	57
	Exército	1	1,8	
Cidade	Porto Alegre (RS)	27	51,9	
	João Pessoa (PB)	3	5,7	
	São Leopoldo (RS)	3	5,7	
	Pelotas (RS)	2	3,9	
	São Francisco de Paula (RS)	2	3,9	
	Sapucaia do Sul (RS)	2	3,9	
	Demais cidades*	13	25,0	
	Desempregado/não informou	5		57

\*Alvorada (RS), Canoas (RS), Caxias do Sul (RS), Dois Irmãos (RS), Estância Velha (RS), Gravataí (RS), Itapema (SC), Ivoti (RS), Marau (RS), Rondinha (RS), Salvador (BA), São Gabriel (RS) e Viamão (RS) com 1 egresso cada.

Mais de 76% dos participantes referem ter vínculo empregatício com o setor público. Cerca de 60% apresentam um vínculo formal de trabalho (celetista ou estatutário). Estes resultados são superiores aos encontrados no estudo de Gil [24], que ficaram em 48% mas, a autora, já observara esforços dos gestores no sentido de melhorar esta situação. Entretanto, ainda em torno de 16%, mesmo tendo vínculo empregatício com o setor público, permanecem com vínculos de trabalho precários. A carga horária predominante é de 40 horas semanais (50%). A faixa salarial onde se concentra a maioria dos profissionais (63,8%) está entre cinco e dez salários mínimos. Ao redor de 90% deles refere que o fato que possuem Residência contribuiu para alcançar a ocupação, contudo, nas questões abertas do questionário, aparecem manifestações relativas a pouca valorização da Residência nos processos seletivos e também a falta de certificação do Programa, temas que merecem ser observados com maior consideração.

A forma de seleção para ingresso nos espaços onde estão inseridos ainda é bem diversificada. O tempo médio na atividade profissional atual ficou em 11 meses

e meio, lembrando que, 35% deles, na época da coleta de dados, tinham concluído o processo de formação há menos de um ano (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 de acordo com sua situação profissional atual

		n	%	**		Total
				Mediana	IQ*	
Vínculo Empregatício	Setor público	36	76,6			
	Setor privado	11	23,4			47
Tipo de Vínculo	Estatutário	8	15,0			
	Celetista	24	45,2			
	Terceirizado	2	3,8			
	Autônomo	6	11,3			
	Bolsista	7	13,2			53
	Consultor	1	1,9			
	Outro	5	9,5			
Carga Horária Semanal	20-24 horas	4	7,7			
	30-32 horas	8	15,4			
	36 horas	6	11,5			
	40 horas	26	50,0			52
	44 horas	2	3,8			
	Outra	6	11,5			
Tempo nesta atividade (meses)				11,50	(6,50-25,75)	52
Renda Mensal	Até 5 SM	12	25,5			
	Entre 5-10 SM	30	63,8			
	Acima 10 SM	4	8,5			47
	Outra	1	2,1			
Forma de Seleção	Concurso	19	37,3			
	Currículo	15	29,4			
	Processo seletivo	10	19,6			51
	Indicação	7	13,7			
Formação na RIS contribuiu p/ alcançar atual ocupação	Sim	48	90,5			
	Não	5	9,5			53

\* Intervalo interquartílico.

\*\* Como a distribuição dos dados não é normal, utilizamos a mediana e intervalo interquartílico, para esta variável contínua que mede tempo.

O n é diferente a cada bloco porque corresponde aos participantes que responderam as questões.

### **Motivações para busca da formação**

Procuramos saber junto aos egressos as motivações que os levaram a procurar a formação no Programa de Residência (no questionário estas questões foram do tipo Likert). Um dado marcante é que 100% deles apontam a necessidade de qualificação – apesar do intervalo médio de tempo decorrido entre o final da graduação e o início da residência seja de apenas quatro meses – e, ainda que se trate apenas da análise de um Programa, sinaliza a importância de se dar mais atenção ao processo de formação na graduação. A falta de opções no mercado de trabalho não está entre os motivos da procura, no entanto, a oferta de bolsa de estudos foi apontada por 70% como motivadora da busca. O quesito qualidade do programa foi considerado como razão da procura para 87% dos que fizeram parte do estudo (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 por motivos de procura da Formação no Programa

			n	%	%	Total
Falta de opções no mercado de trabalho	Sim	Com certeza	-	-		
		Provavelmente	2	3,5	3,5	
	Não	Provavelmente	14	24,6		
		Com certeza	41	71,9	96,5	57
	NS/NL*		-	-	-	
Necessidade de qualificação	Sim	Com certeza	48	84,2		
		Provavelmente	9	15,8	100,0	
	Não	Provavelmente	-	-		
		Com certeza	-	-	-	57
	NS/NL*		-	-	-	
Qualidade do Programa	Sim	Com certeza	25	44,5		
		Provavelmente	24	42,9	87,4	
	Não	Provavelmente	3	5,4		
		Com certeza	2	3,6	9,0	57
	NS/NL*		2	3,6	3,6	
Bolsa de Estudos fornecida	Sim	Com certeza	16	28,1		
		Provavelmente	24	42,1	70,2	
	Não	Provavelmente	10	17,5		
		Com certeza	7	12,3	29,8	57
	NS/NL*		-	-	-	

\*Não sei/Não lembro

Neste item, deixamos uma questão aberta para que os participantes pudessem descrever outras motivações que julgassem pertinentes para a busca desta formação. Da compilação destas informações, destacamos algumas manifestações que, em nosso entender, demonstram a necessidade de qualificação:

Possibilidade de além de adquirir conhecimento, adquirir experiência profissional; suprir as carências da graduação, na época, no que dizia respeito à área da saúde pública; interesse em experiência profissional na Atenção Primária.

Como também, outras que podem representar questionamentos aos conhecimentos adquiridos na Graduação e o desejo de busca de novas formas de aprendizado:

Desenvolver habilidade para trabalhar em equipe interdisciplinar; oportunidade para aprender a trabalhar com outras profissões, quesito falho quando se pensa na graduação; o desafio da transdisciplinaridade para produzir cuidado além dos métodos tradicionais; desejo de acompanhar mais de perto o usuário e a comunidade; formação inovadora proporciona aprender a trabalhar multi e interdisciplinarmente; propõe uma formação crítica-reflexiva.

### **Adequação da formação para as necessidades do exercício profissional**

Neste tópico, no questionário, colocamos uma pergunta relativa a cada um dos três pontos definidos por Kirkpatrick (1994) para o nível da Aprendizagem (mudança na forma de perceber a realidade, aumento dos conhecimentos e aumento de habilidades). O autor considera que a Aprendizagem ocorre quando um ou mais

dos pontos acontece [27]. No estudo, cerca de 90% dos egressos que fizeram parte do mesmo, tem certeza que a formação alterou a forma de perceber a realidade em APS, melhorou as habilidades como também aumentou os seus conhecimentos.

Em relação aos conteúdos e objetivos, procuramos saber se estavam adequados para enfrentar os desafios do exercício profissional. 92% responderam que sim, sendo que 37% afirmaram com certeza e 55% provavelmente. Buscamos investigar ainda, neste tópico, a opinião dos egressos com relação ao tempo de duração do processo de formação. Cerca de 90% consideram o período de dois anos como um tempo adequado (Tabela 5).

**Tabela 5** - Percepção dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 quanto à adequação dos seguintes aspectos do Programa

		n	%	%	Total
Tempo de duração do processo de formação	Excessivo	4		7,0	56
	Adequado	51		89,5	
	Insuficiente	2		3,5	
Conteúdos e Objetivos	Sim	Com certeza	20	37,0	56
		Provavelmente	30	55,5	
	Não	Provavelmente	1	1,9	
		Com certeza	1	1,9	
	NS/NL*	2	3,7	3,7	
Alteração na forma de perceber a realidade em APS	Sim	Com certeza	48	85,7	56
		Provavelmente	6	10,7	
	Não	Provavelmente	2	3,6	
		Com certeza	-	-	
	NS/NL*	-	-	-	
Melhoria das Habilidades	Sim	Com certeza	50	89,3	56
		Provavelmente	6	10,7	
	Não	Provavelmente	-	-	
		Com certeza	-	-	
	NS/NL*	-	-	-	
Aumento dos Conhecimentos	Sim	Com certeza	51	91,1	56
		Provavelmente	5	8,9	
	Não	Provavelmente	-	-	
		Com certeza	-	-	
	NS/NL*	-	-	-	

\*Não sei/Não lembro

O n é de 56 porque um dos participantes não respondeu este bloco de questões.

Em relação ao tempo de duração e aos conteúdos e objetivos, deixamos uma questão aberta para que os participantes pudessem comentar sucintamente sua escolha. No que tange ao tempo de duração, depreende-se que, do ponto de vista dos egressos, há o referendo da adequação deste tempo. Escolhemos algumas manifestações que mostram esta concordância:

O período de dois anos parece-me um tempo adequado para impulsionar o processo de conhecimento disparado na residência. A partir daí, o profissional pode buscar outras formas de seguir sua busca pelo conhecimento (...). Um tempo inferior a dois anos seria prejudicial, pois sinto que no segundo ano é que se consolidam as vivências em equipe e em comunidade, trazendo mais solidez ao conhecimento e às práticas em saúde. Um tempo superior talvez seja

desnecessário, pois a residência ainda não traz a liberdade de atuação necessária ao profissional. **(questionário nº 38)**

A gente demora um certo tempo até assimilar conceitos e paradigmas, muitos até então desconhecidos, devido ao déficit de formação durante a graduação. Dessa forma, é importante este período de duração para aprendermos e entendermos o funcionamento do sistema único de saúde e sua organização, bem como para nos adaptarmos a uma realidade, até então, desconhecida. Para que possamos adquirir conhecimento é preciso ultrapassar etapas. Da maneira como está estruturada a residência, adquirimos conhecimento pouco a pouco, não pulando etapas, o que torna o processo mais consistente. **(questionário nº 40)**

Nas manifestações, o que foi considerado como excessivo foi a carga horária semanal de 60 horas.

Onde observamos a maior divergência de opiniões nas manifestações dos egressos, é no ponto que diz respeito aos conteúdos e objetivos. Algumas referem adequação:

Acredito que os conhecimentos adquiridos na RIS como interdisciplinaridade, território, vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado e gerenciamento tornaram a minha prática profissional muito mais resolutiva e, portanto, mais adequada às necessidades da APS e conseqüentemente do mercado de trabalho nesta área. **(questionário nº 14)**

Entendo que os conhecimentos necessários para o trabalho estão sempre em expansão. Por isso, é impossível uma formação que contemple todos os aspectos prático-teóricos para atuação profissional. A formação na Residência parte desse pressuposto e, além disso, propicia a troca de experiências e a busca por ferramentas-conceitos amplos e de acordo com a realidade no trabalho em saúde. A formação foi ampla e propiciou diferentes conhecimentos para a atuação em ensino, pesquisa, gestão, planejamento e no cuidado à saúde individual/coletivo. **(questionário nº 52)**

Outras referem alguma inadequação do Programa para enfrentar as necessidades decorrentes do exercício profissional:

No meu caso, por estar na gestão da saúde de um município, percebi que a formação na residência possibilitou um vasto conhecimento em assistência, porém mínimo em gestão, principalmente no campo do planejamento, uso de indicadores, sistemas de saúde, convênios, etc. Neste campo, acredito que a residência do GHC tem muito ainda que se aperfeiçoar (...). O estágio em gerenciamento do GHC pelo qual passei precisa ser repensado, pois não prepara o residente para trabalhar com gestão em saúde para além da coordenação de UBS. **(questionário nº 34)**

Acreditamos que as diferentes percepções possam ser decorrentes dos variados contextos em que estão inseridos os participantes e as conseqüentes necessidades deles advindas. Entendemos que as manifestações se referem

principalmente a conteúdos que devam ser aprimorados. Não percebemos manifestações relativas a inadequações dos objetivos.

Ainda buscamos saber a opinião dos egressos sobre a adequação, em relação a alguns dos conteúdos, principalmente os que fazem parte dos fundamentos, descritos na PNAB [2]. No que diz respeito à APS, 92% consideram adequados, sendo que 60% com certeza. No que se refere à Vigilância da Saúde, 81% responderam sim, destes, quase 50% com certeza. Os conteúdos de Educação para Saúde estão adequados para 86%, sendo que 56% o afirmam com certeza. Os conteúdos de Planejamento e Gestão, seguindo o que observamos nas manifestações descritas anteriormente, tiveram aprovação de 75% dos participantes, sendo com certeza por 41%, sinalizando que este deva ser um dos conteúdos a ser aprimorado. Os conhecimentos relativos ao núcleo profissional foram considerados adequados por 92%, tendo certeza 60% deles (Tabela 6).

**Tabela 6** - Percepção dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 quanto à adequação dos conhecimentos adquiridos na Residência, em relação aos seguintes conteúdos

			n	%	%	Total
Atenção Primária em Saúde	Sim	Com certeza	32	60,4	92,4	53
		Provavelmente	17	32,0		
	Não	Provavelmente	1	1,9	7,6	
		Com certeza	3	5,7		
	NS/NL*	-	-	-		
Vigilância da Saúde ou outras ações no território	Sim	Com certeza	26	49,1	81,1	53
		Provavelmente	17	32,0		
	Não	Provavelmente	6	11,3	17,0	
		Com certeza	3	5,7		
	NS/NL*	1	1,9	1,9		
Educação para a Saúde	Sim	Com certeza	30	56,6	86,8	53
		Provavelmente	16	30,2		
	Não	Provavelmente	5	9,4	11,3	
		Com certeza	1	1,9		
	NS/NL*	1	1,9	1,9		
Planejamento e Gestão	Sim	Com certeza	22	41,5	75,5	53
		Provavelmente	18	34,0		
	Não	Provavelmente	8	15,1	22,6	
		Com certeza	4	7,5		
	NS/NL*	1	1,9	1,9		
Núcleo Profissional de Formação	Sim	Com certeza	32	60,4	92,4	53
		Provavelmente	17	32,0		
	Não	Provavelmente	1	1,9	7,6	
		Com certeza	3	5,7		
	NS/NL*	-	-	-		

\*Não sei/Não lembro

O n é de 53 porque os participantes que estavam desempregados não responderam este bloco de questões.

Procuramos também obter informações em relação ao processo de trabalho na atividade profissional atual. 73% dos participantes responderam que atuam em equipe multiprofissional, sendo que 70% conseguem trabalhar de forma interdisciplinar. Cerca de 60% trabalham com Vigilância da Saúde, 66% trabalham

com Planejamento e Gestão e 85% trabalham com Educação para a Saúde. 85% deles atuam dentro de seu núcleo profissional.

### **Demais evidências**

Neste espaço, transcrevemos algumas das manifestações descritas nas questões abertas do questionário, destinadas aos comentários. A riqueza das percepções e das análises expressa grande sintonia com a expectativa em relação ao perfil dos egressos do Programa, descritos no Projeto Político Pedagógico (PPP) da RIS/GHC [28] que, somado ao fato de serem oriundas dos que passaram pelo processo de formação, a nosso ver, têm credibilidade e força para serem consideradas como evidências para expressar os resultados positivos quanto à adequação deste Programa:

Conheci as propostas do programa e fui desenvolvendo as atividades e me inserindo no trabalho em minha unidade com atitudes e pensamentos reflexivos do nosso fazer em APS. (...) No final eu já queria problematizar e enfrentar as incoerências que percebia, e ali, o processo de reflexão já estava acontecendo, então percebi que eu precisava de outros espaços para plantar sementinhas sobre o SUS e o trabalho em APS. Tivemos tempo e espaço para teorizar e praticar e refletir. **(questionário nº 19)**

As experiências que tive durante a residência foram muito significativas para mim. (...) aprendi muito escutando os outros profissionais, e escutando aqueles que conheciam a unidade e os usuários há mais tempo. Fico muito feliz pela Residência fazer parte da minha história, pois mudei como pessoa durante o período que estive na RIS/GHC. **(questionário nº 54)**

Entendemos que estas manifestações ainda evidenciam o compartilhamento de experiências, e sua importância, como explicitado por Benjamin (1985) [18] e, mostram que algo novo aconteceu com estes sujeitos durante o processo de formação.

Além disso, outras manifestações fornecem elementos que podem apontar para a necessidade das instituições formadoras passarem a ter uma maior responsabilização pelos seus egressos, procurando criar mecanismos de retroalimentação. Estes espaços de trocas poderiam oferecer subsídios para as demandas dos egressos, como possibilitar às Instituições o aprimoramento e adequação do processo de formação. Trazemos a manifestação de um participante para subsidiar esta observação:

Responder a esta pesquisa me fez refletir sobre meu processo enquanto residente, minhas falhas e falhas da instituição neste processo. Acho de extrema



relevância uma pesquisa como esta, pois, com o crescente de instituições oferecendo residências multiprofissionais, é importante refletir sobre que tipo de formação queremos oferecer e qual estamos podendo ofertar, bem como saber o que os residentes estão fazendo com os conhecimentos adquiridos no período pós-residência – ou seja – se esta tem sido uma forma potente de formação para o SUS. **(questionário nº 38)**

Para o fortalecimento do SUS, os gestores do nível local tem um papel decisivo, para tanto, devem conhecer a legislação e as políticas norteadoras, bem como, estar cientes das necessidades de saúde de suas populações. Destacamos uma das manifestações que, a nosso ver, pode sinalizar a necessidade de qualificação dos gestores:

Dá até um desespero responder este questionário. É muito difícil ter vivenciado um trabalho que se volta às necessidades de sua população e aqui nós não temos nem equipe. Tenho ideias e vontade de fazer diferente, mas mal consigo dar conta dos milhares de atendimentos e procedimentos diários que tenho que fazer. Sinto-me sozinha nos pensamentos. **(questionário nº 19)**

A falta de profissionais com formação adequada pode refletir no despreparo de algumas equipes da ESF, e também colabora para referendar uma das observações do estudo de Camargo Jr et al.(2008) [7] – tendência de adaptação da realidade local e manutenção do modelo vigente antes da implantação do programa - como podemos observar nesta manifestação:

(...) Noto que acabamos muito respondendo a demanda, com dificuldade de planejar a partir do território. Além disso, percebo grande desconhecimento dos conceitos básicos da APS nas Equipes de Saúde da Família. **(questionário nº 52)**

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo contou com a participação de 77% dos egressos do Programa da RIS/GHC, ênfase Saúde da Família e Comunidade. Os dados encontrados revelam uma população de profissionais jovens, com média de idade de menos de 30 anos, recém-egressos da Graduação e, predominantemente, do sexo feminino. Estes profissionais exercem suas atividades em 19 cidades, sendo que, na cidade de Porto Alegre se concentram mais de metade deles; 49% deles atuam diretamente na APS. Em relação ao vínculo empregatício, 76% o têm com o setor público, destes 60% possuem vínculo formal de trabalho. O tempo médio na atividade profissional atual é em torno de 12 meses. Para 90% dos participantes, o fato de possuir Residência contribuiu para alcançar a ocupação atual. O tempo de duração da formação de dois

anos foi considerado adequado por 90%. Dentre as motivações para busca da formação, todos os participantes consideram a necessidade de qualificação e não a falta de opções no mercado de trabalho. Cerca de 90% dos participantes afirmam com certeza que a formação alterou a forma de perceber a realidade em APS, melhorou suas habilidades e aumentou os conhecimentos. Em relação aos conteúdos relativos à PNAB, estes foram considerados adequados pela maioria dos participantes. Algumas das manifestações sugerem aprimoramento de conteúdos de alguns temas. Não houve referências à inadequação dos objetivos do Programa.

Por outro lado, a metodologia qualitativa do estudo, deu possibilidades para surgirem informações relevantes que podem evidenciar o papel do processo de formação nos sujeitos que o vivenciaram. Transcrevemos uma manifestação que bem o explicita:

A RIS demonstra-se como potente espaço de formação para trabalhadores do SUS. Neste espaço de “inventos/experimentos” temos a autonomia e o desafio de criarmos estratégias de fortalecimento para a promoção da saúde da população e posteriormente enquanto profissionais atuantes mostrarmos que há sim alternativas para a transformação de modelos que foram por anos predominantes. Em muitos momentos nos deparamos com interesses político partidário que interferem diretamente em nossa prática, e que em muitos momentos nos desestimulam nesta caminhada de militantes da saúde, porém, a RIS também nos deu maturidade para o entendimento que nos inserimos em processos em construção, entendendo que as mudanças sempre estão ocorrendo e que muitas vezes são imperceptíveis em um primeiro momento. Finalizo e ressalto o quanto a RIS foi importante em minha formação em Saúde da Família e Comunidade, tanto no que se refere ao meu núcleo profissional quanto para as atuações de campo, sendo um espaço de aprendizagem e de valorização dos diferentes saberes, mas principalmente no entendimento da integralidade enquanto principio de trabalho para a atuação profissional. **(questionário nº 18)**

Entendemos que, na manifestação acima, emerge o lugar do sujeito, enquanto posição ativa, neste processo de formação e, ainda, pode indicar o importante papel deste cenário de aprendizagem como um espaço de troca efetiva de saberes e práticas, quesito fundamental para a mudança do perfil profissional.

Além de poder mostrar os resultados da avaliação, este estudo possibilita tornar conhecidos os arranjos e as alternativas desenvolvidos e utilizados pelo Programa, para atender as necessidades de formação em APS. Corroborando assim, com o que foi apontado por Gil (2005) como sendo importante: investir no aperfeiçoamento e sistematização das avaliações de cursos, como forma de

disseminar os progressos alcançados, condição fundamental para os avanços rumo às novas práticas profissionais em saúde [24].

Diante do papel de protagonismo exercido pelos profissionais na melhoria e desenvolvimento do sistema de saúde, com foco no que concerne à prioridade definida no *Pacto pela Saúde* [2] – colocar a ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS -, entendemos que este Programa tem grande potencialidade para formar profissionais com perfil adequado para esta essencial necessidade do Sistema.

Este estudo ainda evidencia a sintonia do Programa com o que está preconizado para a formação multiprofissional dentro da legislação das Residências, bem como, com as diretrizes da APS e do SUS.

Para finalizar, acreditamos que as evidências produzidas no decorrer deste estudo fornecem subsídios para considerar que, desde a perspectiva dos egressos, os objetivos do Programa de Residência Integrada em Saúde do GHC [28] estão sendo alcançados, servindo, desse modo, para demonstrar sua adequação como uma tecnologia de formação de profissionais de saúde para a APS do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997.
2. Brasil, MS, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª edição, 2007. Brasília, DF.
3. Starfield B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO & Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, Brasília, pág. 355-373, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório Consolidado de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2005-2010. Ministério da Saúde & OPAS, Brasília, 2010.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos Opciones de Política y Hoja Ruta para su Implantación en las Américas

- (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Washington, DC: OPS/OMS 2008.
7. Camargo Jr, KR, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup.1: S58-S68, 2008.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 2.117/05 de 03 de novembro de 2005. Diário Oficial da União.
  9. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em <http://senado.gov.br.br/sf/legislação/const/>.
  10. Feuerwerker, LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n.3, 1998.
  11. Brasil. Lei 11.129, de 30 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Residência em Área Profissional DCE Saúde e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 2.117/05 de 03 de novembro de 2005. Diário Oficial da União.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TextodeReferencia.pdf>.
  14. Baldisserotto J, Fajardo AP, Pasini VL, Schimdt MH, Azeredo NSG, Martins AR, Silveira CB, Amoretti R. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.. In Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, pág. 355-373, 2006.
  15. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço DE Saúde Comunitária. BIS – Boletim Informativo do Serviço de Saúde Comunitária – GHC, outubro de 2000.
  16. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. Portaria nº 109, de 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. [S.1: s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>.
  17. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.
  18. Benjamin W. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Lescov. In: Magia, técnica, arte e política. Ensaio sobre literatura, e história da cultura. Obras escolhidas v. 1. São Paulo: Brasiliense, 1985.

19. Diercks MS, Pekelman R, Medeiros RHA, Silveira LR, Torres AA, Wilhelms DM, Mano MA. O Currículo Integrado como Estratégia de Formação Teórica em Atenção Primária à Saúde para os Residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade. In: Residências em saúde: saberes & fazeres na formação em saúde. Org. Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, pag. 173-189, Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
20. Mendes EV. Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção á saúde: desafios do SUS. Estudos de Caso \*Nota Metodológica\*. Disponível em: [http://www.opas.org.br/informacao/.../Nota\\_Metodologica\\_Estudo\\_de\\_Caso.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/.../Nota_Metodologica_Estudo_de_Caso.pdf)
21. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP., 1999 Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programmer performance and impact. Int J Epidemiol, 28: 10-18.
22. Santos IS & Victora CG. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S337-S341, 2004.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70 Ltda., Lisboa, 2004.
24. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 490-498 mar-abr, 2005.
25. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).
26. Farias ER. Os Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. Boletim de Saúde, Porto Alegre, v.18, nº 1, Jan/jun, 2004.
27. Kirkpatrick D. Evaluating Training Programs - THE FOUR LEVELS. Berrett-Koehler Publishers, Inc. 1994.
28. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP). Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E POSSÍVEIS RECOMENDAÇÕES

O estudo contou com a participação de 77% dos egressos do Programa da RIS/GHC, ênfase Saúde da Família e Comunidade. Os dados encontrados revelam uma população de profissionais jovens, com média de idade de menos de 30 anos, recém-egressos da Graduação e, predominantemente, do sexo feminino. Estes profissionais exercem suas atividades em 19 cidades, sendo que, na cidade de Porto Alegre se concentram mais de metade deles; 49% deles atuam diretamente na APS.

Em relação ao vínculo empregatício, 76% o têm com o setor público, destes 60% possuem vínculo formal (estatutário ou celetista). O tempo médio na atividade profissional atual é em torno de 12 meses. Para 90% dos participantes, o fato de possuir Residência contribuiu para alcançar a ocupação atual. O tempo de duração da formação de dois anos foi considerado adequado por 90%. Dentre as motivações para busca da formação, todos os participantes consideram a necessidade de qualificação e não a falta de opções no mercado de trabalho. Cerca de 90% dos participantes afirmam com certeza que a formação alterou a forma de perceber a realidade em APS, melhorou suas habilidades e aumentou os conhecimentos. Em relação aos conteúdos relativos à PNAB, estes foram considerados adequados pela maioria dos participantes. Algumas das manifestações sugerem aprimoramento de conteúdos de alguns temas. Não houve referências à inadequação dos objetivos do Programa.

Possíveis recomendações sugeridas em decorrência deste estudo:

### Ao Programa estudado

- Buscar aprimorar alguns conteúdos, especialmente os relativos a planejamento e gestão.

### Às instituições formadoras

- Buscar maior sintonia entre a necessidade de profissionais requerida pelo Sistema de Saúde e a formação oferecida atualmente;
- A formação de graduação tem que buscar uma aproximação mais aprofundada com os serviços de saúde;
- Necessidade das instituições formadoras passarem a ter uma maior responsabilização pelos seus egressos. Como exemplo proposto, criar mecanismos de retroalimentação. Estes espaços de trocas poderiam servir

para oferecer subsídios para as demandas dos egressos, como possibilitar às instituições o aprimoramento e adequação do processo de formação;

#### Aos formuladores das políticas

- Importância de investir na qualificação dos gestores do nível local no intuito possibilitar um melhor conhecimento das necessidades de saúde de suas populações, bem como, da legislação e das políticas norteadoras;
- Reavaliar a carga horária de 60 horas semanais dos Programas de Residência;
- Fortalecer o sistema de certificação, de forma a assegurar a mesma aos Programas da Residência que estejam em acordo com a legislação e as necessidades do SUS;

Do ponto de vista epidemiológico, uma das limitações que podemos atribuir a este estudo é o motivo de seu delineamento ser descritivo e tratar da avaliação de apenas um programa. Contudo, pela contribuição trazida por Habicht et al., no artigo *Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programme Performance and Impact* [21], quando efetuamos estudos de inferência causal, as avaliações de adequação, que investigam se os objetivos do programa foram alcançados, por serem mais simples, devem ser feitas sempre antes de estudos mais complexos e dispendiosos.

Outra limitação que podemos considerar se deve ao fato de o questionário ser autoaplicável e, desta maneira, ficar à mercê da livre interpretação das questões por cada um dos participantes.

Por outro lado, a associação da metodologia qualitativa ao estudo, deu possibilidades para surgirem informações relevantes que podem evidenciar o papel do processo de formação nos sujeitos que o vivenciaram. Transcrevemos uma manifestação que bem o explicita:

A RIS demonstra-se como potente espaço de formação para trabalhadores do SUS. Neste espaço de “inventos/experimentos” temos a autonomia e o desafio de criarmos estratégias de fortalecimento para a promoção da saúde da população e posteriormente enquanto profissionais atuantes mostrarmos que há sim alternativas para a transformação de modelos que foram por anos predominantes. Em muitos momentos nos deparamos com interesses político partidários, principalmente quando estamos na gestão, que interferem diretamente em nossa prática, e que em muitos momentos nos desestimulam nesta caminhada de militantes da saúde, porém, a RIS também nos deu maturidade para o entendimento que nos inserimos em processos em construção, entendendo que as mudanças sempre estão ocorrendo e que muitas vezes são imperceptíveis em um primeiro momento. Finalizo e ressalto o quanto a RIS foi

importante em minha formação em Saúde da Família e Comunidade, tanto no que se refere ao meu núcleo profissional quanto para as atuações de campo, sendo um espaço de aprendizagem e de valorização dos diferentes saberes, mas principalmente no entendimento da integralidade enquanto princípio de trabalho para a atuação profissional. (questionário nº 18)

Entendemos que, na manifestação acima, emerge o lugar do sujeito, enquanto posição ativa, neste processo de formação e, ainda, pode indicar o importante papel deste cenário de aprendizagem como um espaço de troca efetiva de saberes e práticas, quesito fundamental para a mudança do perfil profissional.

Além de poder mostrar os resultados da avaliação, este estudo possibilita tornar conhecidos os arranjos e as alternativas desenvolvidos e utilizados pelo Programa, para atender as necessidades de formação em APS. Corroborando assim, com o que foi apontado por Gil (2005) como sendo importante: investir no aperfeiçoamento e sistematização das avaliações de cursos, como forma de disseminar os progressos alcançados, condição fundamental para os avanços rumo às novas práticas profissionais em saúde [24].

Diante do papel de protagonismo exercido pelos profissionais na melhoria e desenvolvimento do sistema de saúde, com foco no que concerne à prioridade definida no *Pacto pela Saúde* – colocar a ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS -, entendemos que este Programa tem grande potencialidade para formar profissionais com perfil adequado para esta essencial necessidade do Sistema.

Este estudo ainda evidencia a sintonia do Programa com o que está preconizado para a formação multiprofissional dentro da legislação das Residências, bem como, com as diretrizes da APS e do SUS.

Para finalizar, acreditamos que as evidências produzidas no decorrer deste estudo fornecem subsídios para considerar que os objetivos do Programa de Residência Integrada em Saúde do GHC [28] estão sendo alcançados, servindo, desse modo, para demonstrar sua adequação como uma tecnologia de formação de profissionais de saúde em APS para o SUS.

Afinal, como diz Chico Science:

*Um passo a frente e você não esta mais no mesmo lugar*

“Um passeio no mundo livre”

Chico Science & Nação Zumbi



## ANEXOS

### a. Projeto de Pesquisa



#### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE COM ÊNFASE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### **Projeto de Pesquisa**

#### **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA TECNOLOGIA DE FORMAÇÃO SINTONIZADA COM AS NECESSIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?**

#### **Finalidade:**

Dissertação de Mestrado

#### **Local de Realização:**

**Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**

#### **Pesquisadores:**

Aluno: Egidio Antonio Demarco  
Orientador: Julio Baldiserotto  
Coorientadora: Cristianne Famer Rocha

Porto Alegre, setembro de 2009.

## **SUMÁRIO**

<b>1. Introdução e Justificativa</b>	<b>58</b>
1.1 Residência Integrada em Saúde	61
<b>2. Objetivos</b>	<b>66</b>
2.1 Objetivo geral	66
2.2 Objetivos específicos	66
<b>3. Métodos</b>	<b>67</b>
3.1 Delineamento	67
3.2 População de Pesquisa	68
3.3 Amostra	68
3.4 Instrumentos	69
3.5 Plano de análise	69
<b>4. Questões Éticas</b>	<b>70</b>
<b>5. Divulgação dos Resultados</b>	<b>71</b>
<b>6. Orçamento</b>	<b>71</b>
<b>7. Cronograma</b>	<b>72</b>
<b>8. Referências</b>	<b>73</b>
<b>9. Anexos</b>	<b>76</b>
I - Instrumento de Coleta de Dados	76
II - Roteiro para Entrevista Semiestruturada	80
III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81

## 1. INTRODUÇÃO e JUSTIFICATIVA

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista sua magnitude e abrangência, associado à dimensão continental do país, às desigualdades socioeconômicas e também às diferenças regionais, inúmeras políticas e estratégias vem sendo desenvolvidas visando sua implementação e consolidação como uma política pública de estado.

Uma delas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) - considerada uma das mais importantes políticas implantadas pelo Ministério da Saúde; começou em 1994 como Programa de Saúde da Família. Em 1998, foi redefinida como Estratégia, sendo responsável pela orientação do sistema de saúde brasileiro para a Atenção Primária à Saúde [1].

A definição de Atenção Primária a Saúde (APS) apresenta diferentes nuances na literatura nacional e internacional. Em alguns países, a APS é conhecida de forma mais abrangente, como definido no conceito de Alma Ata [2] e, em outros, na forma de pacotes mínimos, com rol limitado de ações.

No Brasil, embora a expressão Atenção Básica tenha sido cunhada para definir o primeiro nível do sistema de saúde (em oposição ao termo APS, associado à proposta de pacotes mínimos de serviços do Banco Mundial), tem sido cada vez mais utilizada a definição sistematizada por Bárbara Starfield [3]. Esta autora enfatiza como atributos essenciais da APS:

- O **primeiro contato**, que compreende o acesso e utilização: a população tem um serviço de saúde que responde para cada novo problema ou necessidade de saúde;
- A **longitudinalidade**: a atenção e o cuidado personalizados ao longo do tempo;
- A **integralidade**: a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde seja resolvendo, na maioria dos casos, ou referindo a serviços mais adequados;
- A **coordenação**: a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades de uma abordagem integral seja dentro de uma equipe multidisciplinar ou nos diversos pontos da rede de atenção.

Esses atributos são complementados por características que deles derivam: a orientação familiar, a abordagem comunitária e a competência cultural.

Desde a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o número de equipes vem crescendo de forma constante. Atualmente, são mais de 29.000 equipes espalhadas pelo país e a ampliação da cobertura de equipes de ESF continua sendo uma das metas do Ministério da Saúde.

Se nos ativermos à formação profissional, analisando apenas um dos componentes das equipes (o médico, por exemplo), veremos que apenas ao redor de 4% deles, possuem formação específica em saúde da família e comunidade [4]. Para esta especialidade, Medicina de Família e Comunidade, a residência, caracterizada por ensino em serviço, é considerada a modalidade ideal para formação destes profissionais [5].

Devemos considerar ainda que as equipes de saúde da família são compostas também pelo enfermeiro e pelo dentista e, mais recentemente, com a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde de Famílias (NASF) [6], inúmeras outras profissões começam a se agregar às equipes. A constituição de equipes multidisciplinares também traz um grande desafio: como estruturar o trabalho de forma multiprofissional quando os processos de formação na graduação ainda são uniprofissionais?

O tema da formação de profissionais para o SUS tem sido abordado frequentemente na legislação: a Constituição de 1988 [7], passando pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) [8], e pelos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, sendo prescritas diretrizes e responsabilidades. Para trazer um panorama a respeito do assunto, Ceccim, Armani e Rocha fazem um pinçamento de fragmentos dos textos descritos na legislação brasileira, no tocante à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores em saúde, permitindo, dessa forma, que se possa avaliar o atendimento, omissões e descumprimento daquilo que já foi pensado, planejado e formulado para a educação de profissionais de saúde no Brasil [9].

A Constituição Federal prevê no seu Artigo 200, inciso III, que “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” é uma competência do SUS [7]. Porém, existe uma distância entre esse pressuposto e a maioria das práticas de saúde desenvolvidas nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, onde grande parte dos

profissionais que atuam foi formada dentro de um modelo assistencial privatista, não contemplando sequer a integralidade da atenção como preconiza a Constituição Federal em relação ao SUS [10].

A formação de profissionais para os sistemas de saúde nacionais também tem sido uma importante preocupação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que enfatiza que, entre os elementos essenciais de um sistema de saúde baseado na atenção primária, estão os recursos humanos, que devem possuir o conhecimento e as habilidades adequados, além de observar as normas éticas e tratar as pessoas com dignidade e respeito [11]. Na Conferência Sanitária Pan-americana de 2007 [11], realizada em Washington, DC, os países membros da OPAS se comprometeram a levar adiante o cumprimento de vinte metas em relação aos recursos humanos para a saúde, para o período 2007-2015. No tocante ao desafio relacionado à educação dos profissionais de saúde, está proposta na Meta 17 que 80% das escolas de ciências da saúde deverão ter, até 2015, reorientado sua formação para a APS e às necessidades da comunidade, e também deverão ter incorporado estratégias para a formação multiprofissional.

Mesmo que o Ministério da Educação venha tencionando as Universidades para implantação das novas diretrizes curriculares, a desarticulação entre necessidade de profissionais, proposta pela Política de Saúde, e a formação efetivamente realizada, ilustra, de certo modo, como o conhecimento profissional é uma das tecnologias mais negligenciadas do ponto de vista de gestão de tecnologias. Será que é possível fazer uma reorientação desta abrangência e complexidade sem políticas que considerem a adequação dos profissionais que a estarão executando?

Para pensar a caracterização das tecnologias em saúde, Merhy propõe a seguinte classificação: duras, leve-duras e leves. Duras são aquelas relacionadas com os equipamentos utilizados em diagnóstico e tratamentos, as leve-duras àquelas inscritas no conhecimento técnico estruturado e as leves as inscritas no espaço relacional entre sujeitos [12].

Cabe aqui também um destaque ao que nos coloca este mesmo autor, quando afirma que,

(...) se olharmos do ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular [12].

### **1.1. Residência Integrada em Saúde (RIS)**

Para muitas Sociedades Médicas e, mais especificamente, para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [4], como já exposto anteriormente, a residência, caracterizada por ensino em serviço, tem sido considerada, ao menos na formação médica, a modalidade ideal de formação.

Provavelmente esta deva ter sido uma das motivações para que em 30 de junho de 2005 fossem instituídas pela Lei Federal nº 11.129 [13], as Residências em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A regulamentação desta Lei se deu pela Portaria nº 2.117, de três de novembro de 2005, que institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço, com a proposição de formação de profissionais que integram a área da saúde, com exceção da formação médica, que já possui regulamentação própria desde 1977 (instituída pelo Decreto nº 80.281) [14].

É relevante destacar que as residências multiprofissionais vêm se desenvolvendo no Brasil desde a década de 1970, porém sem regulamentação específica.

A residência multiprofissional, conforme divulgado no *site* do Ministério da Saúde, teria o objetivo de capacitar o profissional para trabalhar em equipe. Cada profissão manteria seu núcleo de competências próprio com seu respectivo conjunto de conhecimento específico. Entretanto, os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais, a partir da intersecção das diversas áreas da saúde, produziriam outros conjuntos de competências e de conhecimento, que redimensionariam o trabalho e seu potencial educativo. Para os Ministérios da Saúde e da Educação, esse novo processo de formação exigiria uma abordagem educacional que dê conta dessas áreas de intersecção [15].

Assim sendo, modalidades de formação, como a residência multiprofissional, buscaria a superação do paradigma de educação em saúde fundamentado no enfoque da especialidade e da segmentação do processo de trabalho. Buscariam ainda a superação da lógica de atenção em saúde em que predomina a razão instrumental,

fundada no olhar de profundidade, que penetra o corpo, e na manipulação progressiva do mesmo, que coloca o sujeito em posição de objeto [16]. Visariam à produção de uma racionalidade relacional, fundada na pessoa reconhecida como sujeito com múltiplas necessidades, como norteador do modelo de atenção. Assim, desde essa perspectiva de integralidade da atenção, se buscaria promover saúde, acompanhando o andar da vida dos sujeitos, acolhendo-os em suas histórias e projetos de vida, inseridos na sua comunidade; e não focalizando a doença.

Para Ceccim (2003), a questão da renovação e reforma na saúde pública brasileira não se faz sem uma política consistente e articulada de educação para o setor. Nesse sentido, a formação de profissionais aptos a desenvolverem uma assistência integral humanizada passaria pela criação de dispositivos de trabalho educativo em que as linhas de encontro entre os campos de saber potencializariam a produção de um território ampliado de trabalho em saúde, rico em possibilidades e criatividade, capaz de transformar os modos de trabalhar. A criação das residências multiprofissionais surge como uma proposta interessante, constituindo-se como um dos vetores que aponta para esta renovação [17].

Para este autor, o termo integrada seria mais adequado aos objetivos do programa do que a denominação multiprofissional, pois abordaria a integração entre trabalho e educação, entre as diversas profissões da área da saúde e entre ciências biológicas e sociais para alcançar a atenção integral em saúde, pois trata-se não apenas de um campo de multiplicidades, mas de um espaço de articulação e integração [17].

No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), a tradição de formação médica através de programas de residência vem desde 1962. A instituição oferece hoje 31 Programas de Residência Médica, com cerca de 260 residentes em processo de formação, ao ano [10]. Por esta longa história como espaço de formação, em agosto de 2004, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital Cristo Redentor e o Hospital Fêmeina, através de Portarias Interministeriais, foram certificados como Hospitais de Ensino [18, 19, 20].

Dentro do GHC, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) funciona desde 1983, seguindo os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a definição proposta por Bárbara Starfield [3]. Surgiu, no princípio, como suporte de trabalho

para o Programa de Residência em Medicina de Família que estava sendo instalado naquela época. Com o passar dos anos, contando com uma efetiva participação popular e de seus trabalhadores na gestão, o Serviço foi crescendo em dois de seus principais eixos norteadores, a formação de profissionais de saúde e a atenção à saúde. Na atenção à saúde, a expansão se deu predominantemente devido às demandas das comunidades vizinhas onde ele estava instalado. Com isto, atualmente, o SSC vem trabalhando pela qualidade de vida e saúde de cerca de 108.000 pessoas por meio das doze Unidades de Saúde [121]. Na formação de profissionais para o SUS, o crescimento veio inicialmente através do aumento de vagas para o Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade.

O trabalho com equipes multiprofissionais ocorre desde o início dos anos 90, todavia a formação multiprofissional, um antigo desejo dentro do SSC, só veio a se concretizar em julho de 2004, com a criação da ênfase em Saúde da Família e Comunidade, dentro da Residência Integrada em Saúde (RIS) [122], passando a formar, de forma integrada, profissionais da área de Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Farmácia e Nutrição.

O programa tem a duração de dois anos e a carga horária anual em torno de 2880 horas. Cerca de 80% desta carga horária é constituída de treinamento em serviço, e o restante é ocupado com atividades de reflexão teórica complementar.

A formação segue os conceitos de campo e núcleo proposto por Campos (2000). O núcleo diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista, sendo facilmente percebido através dos ditames dos conselhos profissionais, das disciplinas específicas de cada categoria e que conformam um dado profissional. O campo seria constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades, é mais aberto, sendo definido a partir do contexto em que operam certas categorias de profissionais [123].

Ainda segundo o autor, a cogestão de campo e núcleo é a forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente a distribuição de encargos e a circulação de saberes de uma Equipe [123].

Feuerwerker (1998) ao falar das mudanças na educação e residência médica no Brasil, assinala que um elemento central da atual crise da saúde é a necessidade



de transformar as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, entre a população e sua própria saúde [24].

Esta autora diz ainda que a introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde [24].

Avaliações de serviços de saúde com forte presença de atributos da APS (reconhecidos como eixos estruturantes do processo e associados à qualidade dos serviços) mostraram que estes têm melhor desempenho em relação à qualidade do cuidado, menores custos e maior satisfação dos usuários. No estudo de Oliveira, o SSC comparado com outros Serviços em Porto Alegre, teve os maiores escores de APS<sup>15</sup> e, neste caso, se mostrou bastante positiva, para alcançar estes resultados a incorporação outras profissões (Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Farmácia) no cuidado [25].

É extremamente relevante registrar que no SSC, apesar da existência de dois programas em residência em Saúde da Família e Comunidade (Médica e RIS), a formação é integrada nas unidades de saúde, também sendo comum a ambos, a reflexão teórica de campo (baseada na APS).

A RIS/GHC<sup>16</sup> possui como objetivo geral: especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do SUS, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisa, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS [26].

Em relação à caracterização da oferta e da demanda da formação multiprofissional em APS, enquanto uma tecnologia, possivelmente pela sua recente implementação, ainda é difícil encontrar na literatura estudos relacionados a sua avaliação. O número de profissionais com formação específica nesta área, em nosso país, ainda é insuficiente, e nos afigura terem um papel relevante na consolidação do

---

<sup>15</sup> O instrumento PCA Tool (Primary Care Assessment Tool) permite a mensuração da extensão destes atributos através da experiência de usuários e profissionais.

<sup>16</sup> Além da ênfase Saúde da Família e Comunidade, a RIS/GHC atualmente é constituída por outras três ênfases: Saúde Mental, Atenção ao Paciente Crítico e Onco-hematologia. Estas desenvolvem suas atividades no âmbito de outros serviços do GHC.

SUS, por este motivo, julgamos importante conhecê-la e analisá-la com mais profundidade.

O presente estudo se propõe a descrever a estrutura e o processo de formação utilizado pela Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade do GHC e avaliar, desde a perspectiva dos egressos deste Programa, a adequação desta modalidade de formação como uma tecnologia apropriada ao fortalecimento da APS no contexto do SUS.

## **2. OBJETIVOS**

### **Geral**

- Descrever o Programa da RIS, ênfase Saúde da Família e Comunidade e avaliar, desde a perspectiva dos egressos, a adequação desta tecnologia de formação de profissionais em APS para SUS.

### **Específicos**

- Traçar um perfil sócio demográfico destes profissionais egressos, caracterizando segundo: idade, sexo, naturalidade, local da graduação, local de moradia e serviços onde desenvolve a sua prática profissional atual.
- Avaliar a contribuição da formação realizada junto a RIS, na constituição do perfil profissional.
- Identificar se esta modalidade de formação contribui como fator de inserção em APS no SUS.
- Identificar, na dinâmica desta modalidade de formação, os fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de novos modos de trabalhar em saúde.
- Avaliar aspectos deste Programa que necessitam ser aprimorados.

### 3. METODOS

O interesse desta pesquisa situa-se na temática da formação, especificamente no que se refere à pós-graduação.

A motivação na escolha da RIS, ênfase Saúde da Família e Comunidade para análise, se deve ao fato de a mesma estar funcionando ininterruptamente desde sua implantação, tendo, neste período, ampliado significativamente a oferta de vagas. Iniciou em 2004 com 17 vagas para quatro núcleos profissionais (Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Serviço Social), e oferece atualmente 34 vagas para seis núcleos profissionais (Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social), constituindo-se, desta forma, em um dos grandes programas de formação do país em APS.

#### 3.1. Delineamento do estudo: estudo descritivo do tipo série de casos.

Para avaliar o processo de formação da RIS, ênfase saúde da Família e Comunidade, utilizaremos a divisão proposta por Donabedian para a avaliação de serviços ou programas: estrutura, processo e resultados [27].

A estrutura que diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais e o processo que diz respeito à relação ensino-aprendizado.

Em termos de estrutura: descrever como é, atualmente, a estrutura de formação em relação ao espaço físico, alocação de residentes nas unidades e relação entre o número de residentes e preceptores/orientadores.

Em termos de processo: descrever como é dado o processo de formação desde a seleção dos residentes, passando pelos conteúdos ministrados e a metodologia de ensino empregada.

Em relação aos resultados: a metodologia avaliativa será um estudo qualitativo.

O que se buscará, neste estudo, será traçar um perfil sócio demográfico dos profissionais egressos do Programa, caracterizando-os segundo idade, sexo, naturalidade, local da graduação, local de moradia e serviços onde desenvolve a sua

prática profissional atual, bem como analisar o papel da formação no desenvolvimento de suas atividades profissionais.

### **3.2. População da pesquisa:**

Profissionais egressos do Programa Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, desenvolvido no âmbito do SSC, formados no período compreendido entre o ano de 2005 e o ano de 2008.

Neste período, 86 residentes se matricularam no Programa. Destes, 12 trancaram suas matrículas ou desistiram e 74 concluíram o período de formação, sendo que, destes, 55 já foram certificados e 19 apresentam algum tipo de pendência, geralmente relacionada ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A tabela abaixo mostra o quadro dos que concluíram a formação por turma de ingresso:

Turma	Certificados pelo Programa	Concluíram a formação, porém com pendência junto ao mesmo	Total
1ª (2004-2005)	16	1	17
2ª (2005-2006)	9	6	15
3ª (2006-2007)	12	6	18
4ª (2007-2008)	18	6	24
Total	55	19	74

### **3.3. Amostra**

Na etapa quantitativa, todos os 74 profissionais que concluíram o processo de formação e que aceitarem participar, serão elegíveis para serem sujeitos da pesquisa.

Na etapa qualitativa, serão selecionados no mínimo seis profissionais, egressos do programa de residência, inseridos dentro dos variados cenários públicos de prática do SUS e que aceitarem participar da pesquisa, serão incluídos para serem entrevistados. O critério de seleção dos entrevistados será intencional conforme os objetivos desse estudo, devendo ser egresso do programa, ter fácil acesso e aceitar participar da pesquisa.

Para localização destes profissionais, serão utilizados os cadastros existentes no Programa e os contatos disponíveis. Quando não alcançado por estas vias, será solicitada junto aos Conselhos Regionais a situação dos egressos quanto ao endereço de atuação ou através da própria internet.

### **3.4. Instrumentos**

No que se refere à etapa quantitativa, será utilizado um questionário estruturado (anexo I), desenvolvido para esta finalidade. Os questionários serão enviados aos profissionais de saúde elegíveis para esta pesquisa, em formato autoaplicável.

No que se refere à etapa qualitativa, se buscará saber dos profissionais selecionados, qual o papel exercido pela formação no desenvolvimento de suas atividades. Para tanto, será realizada uma entrevista, utilizando um questionário semiestruturado (anexo II). O número mínimo de entrevistados será de seis profissionais dos núcleos de Odontologia, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia.

### **3.5. Plano de análise**

A análise das variáveis estudadas, na etapa quantitativa, será através da distribuição absoluta e relativa, bem como média e desvio padrão. O programa utilizado nesta análise será o Epi-info.

Para a análise das entrevistas, da etapa qualitativa, será empregada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Segundo ela é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Ainda, segundo a autora, não se trata de um instrumento único, mas de um leque de apetrechos, adaptável de acordo com a disparidade de documentos e objetivos dos investigadores. A análise de conteúdo é uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como a sua história. Para a sua realização, decorrem três diferentes fases: a pré-análise (em que se organiza o material empírico, a fim de sistematizar as ideias iniciais e criar as categorias de análise), a exploração do material (em que, após a definição das categorias de análise, são realizadas as operações de busca e separação do material empírico) e, por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (em que os “materiais brutos” são tratados de maneira a serem significativos e válidos aos interesses da investigação realizada) [28].

#### 4. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para avaliação de seus aspectos éticos e científicos. Aos sujeitos de pesquisa será aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução 196/96.

Apesar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não assegurar a adequação ética em um projeto de pesquisa, ainda é a melhor forma disponível para preservar o respeito às pessoas e às instituições [29].

A pesquisa proposta utilizará coleta de dados primários (questionário autoaplicável (anexo I) e entrevista semiestruturada (anexo II)) e dados secundários (pesquisa documental). Aos participantes serão esclarecidos o objetivo e a metodologia utilizada, bem como facultada a participação e a desistência a qualquer tempo.

O sigilo quanto à identidade dos participantes será mantido em todas as etapas do trabalho: coleta de dados, análise e divulgação dos resultados. Todas as informações produzidas serão guardadas pelo pesquisador durante cinco anos, sendo então destruídas.

O Anexo III apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ele será encaminhado aos profissionais participantes da etapa quantitativa, juntamente com o questionário autoaplicável. Aos profissionais que participarem da etapa qualitativa do projeto, ele será apresentado quando da entrevista.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador.

## 5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados será organizada em cinco momentos:

1º - Apresentação pública, do relatório final, aos atores envolvidos diretamente no processo da pesquisa;

2º - Apresentação, sob a forma de relatório final, ao Colegiado da RIS, composto pelo Coordenador Geral, Coordenadores de Ênfase e representantes dos residentes.

3º - Encaminhamento, sob a forma de artigo científico, para a publicação em periódico relevante.

4º - Encaminhamento, sob a forma de relatório final, ao Departamento de Atenção Básica / MS, Departamento de Gestão da Educação na Saúde / MS e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional;

5º - Entrega de um exemplar do trabalho concluído ao Centro de Documentação do GHC para composição do acervo.

## 6. ORÇAMENTO

ÍTEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Cópias xerográficas	1.200	0,20	240,00
Encadernações	07	50,00	350,00
Revisão de texto	01	5,00 (lauda)	750,00
Canetas	01	5,00	5,00
Pen drive	01	80,00	80,00
Gravador digital	01	150,00	150,00
Transcrição	08	50,00	400,00
Despesas de postagem	200	2,00	400,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 2.375,00</b>

As despesas serão de responsabilidade do pesquisador. Nenhum participante nem as instituições onde a pesquisa será realizada arcarão com qualquer custo referente à mesma.



## 7. CRONOGRAMA

As etapas de execução do trabalho obedecerão ao cronograma abaixo:

<b>ATIVIDADE</b>	<b>PERÍODO</b>
Elaboração do Projeto	Junho a Setembro 2009
Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e da UFRGS	Outubro / 2009
Coleta Documental do Programa	Dezembro / 2009
Contato e convite com sujeitos de pesquisa para à participação no Projeto	Dezembro/ 2009
Coleta de dados	Dezembro/ 2009 Janeiro /2010
Análise dos dados	Janeiro /2010 a Maio/ 2010
Relatório Final	Junho / 2010
Apresentação para Banca Examinadora	Agosto / 2010
Redação do Artigo	Maió a Setembro 2010

## 8. REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997.
2. Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. Lancet, 1978.16; 2 (8103):1308.
3. Starfield B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO & Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
4. Farias ER. Os Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. Boletim de Saúde, Porto Alegre, v.18, nº 1, Jan/jun, 2004.
5. Seminário de Especialidades Médica do Campo da Saúde Coletiva. Campinas, 25 a 26 de novembro de 1999. Relatório Final. Campinas, 1999. Disponível em <http://www.datassys.gov.br/cns/documentos/relatorio.pdf>.
6. Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, Brasil. Ministério da Saúde, (2008).
7. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em <http://.senado.gov.br.br/sf/legislação/const/>.
8. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
9. Ceccim RB, Armani TB e Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência e saúde coletiva, 2002, vol.7, no.2, p.373-383.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, Brasília, pág. 355-373, 2006.
11. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la

- Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 2). Washington, DC: OPS, 2008, 71 págs.
12. Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o Público. Editora Xamã, São Paulo, 1998.
  13. Brasil. Lei 11.129, de 30 julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Residência em Área Profissional da Saúde e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).
  14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 2.117/05 de 03 de novembro de 2005. Diário Oficial da União.
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TextodeReferencia.pdf> .
  16. Costa JF. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
  17. Ceccin R. & Ferla A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. Em Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. (Pinheiro R. & Mattos R. Orgs.) Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.
  18. Brasil. Portaria Interministerial nº 1704, de 17 de agosto de 2004. Diário Oficial da União de 18 de agosto de 2004.
  19. Brasil. Portaria Interministerial nº 2092, de 21 de outubro de 2005. Diário Oficial da União de 22 de outubro de 2005.
  20. Brasil. Portaria Interministerial nº 1498 de 06 de junho de 2009. Diário Oficial da União de 07 de junho de 2009.
  21. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço DE Saúde Comunitária. BIS – Boletim Informativo do Serviço de Saúde Comunitária – GHC, outubro de 2000.
  22. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. Portaria nº 109, de 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. [S.l.:s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>.

23. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.
24. Feuerwerker, LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n.3, 1998.
25. Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde nos Serviços de Atenção Primária de Porto Alegre: Uma Análise Agregada 2007. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
26. Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP). Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf> .
27. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In; Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan (USA): health Administration Press; 1980. P. 77-125.
28. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70 Ltda., Lisboa, 2004.
29. Knauth DR, Victora CG, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

## 9. ANEXOS

### Anexo I



#### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE COM ÊNFASE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### Instrumento de coleta de dados

Data da coleta de dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de identificação: \_\_\_\_\_

### 1 - Identificação

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Local de moradia: \_\_\_\_\_

### 2 - Formação profissional

Data de conclusão da graduação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Instituição formadora: \_\_\_\_\_

Curso: (1) enfermagem (2) farmácia (3) nutrição (4) odontologia  
(5) psicologia (6) serviço social

Ano de Conclusão da Residência: (1) 2005 (2) 2006 (3) 2007 (4) 2008

#### Motivação na procura da formação na residência integrada

(Indique a melhor opção)

Falta de opções no mercado de trabalho?

(1) Com certeza (2) Provavelmente (3) Provavelmente (4) Com certeza (5) não sei/  
sim não não não não lembro

Necessidade de qualificação?

(1) Com certeza (2) Provavelmente (3) Provavelmente (4) Com certeza (5) não sei/  
sim sim não não não lembro

Qualidade do Programa de Residência?

(1) Com certeza (2) Provavelmente (3) Provavelmente (4) Com certeza (5) não sei/  
sim sim não não não lembro

Bolsa de estudos fornecida pelo Programa?

(1) Com certeza (2) Provavelmente (3) Provavelmente (4) Com certeza (5) não sei/  
sim sim não não não lembro

Outras Razões:

- 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

**O papel de sua formação multiprofissional em APS em relação aos seguintes pontos**  
(Indique a melhor opção)

Alteração na forma de perceber a realidade da APS no SUS				
(1) Com certeza sim	(2) Provavelmente sim	(3) Provavelmente não	(4) Com certeza não	(5) não sei/ não lembro
Aumento dos conhecimentos				
(1) Com certeza sim	(2) Provavelmente sim	(3) Provavelmente não	(4) Com certeza não	(5) não sei/ não lembro
Melhoria das habilidades				
(1) Com certeza sim	(2) Provavelmente sim	(3) Provavelmente não	(4) Com certeza não	(5) não sei/ não lembro

**Em relação ao tempo de duração do processo de formação da Residência Multiprofissional** (Indique a melhor opção)

(1) Excessivo      (2) Adequado      (3) Insuficiente

Por quê? (comente sucintamente)

### 3 - Mercado de trabalho

Cidade de Atuação: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: (1) Setor público      (2) Setor privado

Local de Trabalho: (1) APS / UBS      (2) APS / Gestão      (8) Outro \_\_\_\_\_

Gestão Local: (1) Municipal      (2) Estadual      (3) Federal      (8) Outra \_\_\_\_\_

Vínculo: (1) Estatutário (Regime Jurídico Único)  
(2) Celetista (CLT)  
(3) Contrato Administrativo (Terceirizado)  
(4) Remuneração por hora de trabalho (Autônomo)  
(5) Cargo Comissionado de Livre Provimento (Cargo de Confiança)  
(8) Outra

Carga Horária Semanal: (1) 20 HS      (2) 30 HS      (3) 40 HS      (8) Outra \_\_\_\_\_

Tempo que está na ocupação atual (em meses): \_\_\_\_\_

Renda (neste vínculo): (1) Até 5 salários mínimos  
(2) Entre 5 a 10 salários mínimos  
(3) Mais de 10 salários mínimos

Forma de Seleção:

(1) Concurso (2) Currículo (3) Indicação (8) Outra \_\_\_\_\_

**O fato de possuir formação em residência multiprofissional contribuiu para alcançar a atual ocupação?** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim (2) Provavelmente sim (3) Provavelmente não (4) Com certeza não (5) não sei/não lembro

**Os conteúdos e objetivos da formação da RIS/GHC são adequados às necessidades enfrentadas no exercício profissional?** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim (2) Provavelmente sim (3) Provavelmente não (4) Com certeza não (5) não sei/não lembro

**Comente sua escolha** (sucintamente)

#### **4 - Atividade profissional**

**Contribuição da Formação Multiprofissional para o desenvolvimento de sua atual prática profissional.** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim (2) Provavelmente sim (3) Provavelmente não (4) Com certeza não (5) não sei/não lembro

**Na sua atual prática profissional você atua em equipe multiprofissional?**

(1) Sim (2) Não

Se sim, descreva sucintamente.

Se não, por quê? (descreva sucintamente)

**Você consegue desenvolver seu trabalho de forma interdisciplinar?**

(1) Sim (2) Não

Por quê? (comente sucintamente)

**Os conhecimentos em Atenção Primária à Saúde (APS), adquiridos durante sua formação multiprofissional, foram adequados para o desenvolvimento de sua prática profissional atual.** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim (2) Provavelmente sim (3) Provavelmente não (4) Com certeza não (5) não sei/não lembro

**Na sua prática profissional atual você atua em APS?**

(1) Sim (2) Não

Se sim, descreva sucintamente.

Se não, por quê? (descreva sucintamente)

**Os conhecimentos em Vigilância da Saúde e outras ações voltadas para o Território, adquiridos durante sua formação multiprofissional, foram adequados para o desenvolvimento de sua prática profissional atual.** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim      (2) Provavelmente sim      (3) Provavelmente não      (4) Com certeza não      (5) não sei/não lembro

**Na sua prática profissional atual você trabalha com Vigilância da Saúde ou desenvolve ações voltadas para o Território?**

(1) Sim      (2) Não  
Por quê? (comente sucintamente)

**Os conhecimentos em Planejamento e Gestão, adquiridos durante sua formação multiprofissional, foram adequados para o desenvolvimento de sua prática profissional atual.** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim      (2) Provavelmente sim      (3) Provavelmente não      (4) Com certeza não      (5) não sei/não lembro

**Na sua prática profissional atual você trabalha com Planejamento e ou Gestão**

(1) Sim      (2) Não  
Por quê? (comente sucintamente)

**Os conhecimentos em Educação para Saúde, adquiridos durante sua formação multiprofissional, foram adequados para o desenvolvimento de sua prática profissional atual.** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim      (2) Provavelmente sim      (3) Provavelmente não      (4) Com certeza não      (5) não sei/não lembro

**Na sua prática profissional atual você trabalha com Educação para Saúde?**

(1) Sim      (2) Não  
Por quê? (comente sucintamente)

**Sua atividade atual é dentro do seu núcleo profissional de formação?**

(1) Sim      (2) Não

**Os conhecimentos relativos ao seu núcleo profissional, adquiridos durante sua formação multiprofissional, foram adequados para o desenvolvimento de sua prática profissional atual.** (Indique a melhor opção)

(1) Com certeza sim      (2) Provavelmente sim      (3) Provavelmente não      (4) Com certeza não      (5) não sei/não lembro

**Gostaria de fazer algum comentário**



## Anexo II



### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE COM ÊNFASE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### **Roteiro para Entrevista Semiestruturada**

- 1 - Qual o papel da Residência Multiprofissional em Saúde na tua prática cotidiana?
  
- 2 - Quais as facilidades ou dificuldades para realizar o trabalho multiprofissional em APS em seu local de trabalho?
  
- 3 - Há sugestões para a melhoria do programa de residência?

## Anexo III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde: uma tecnologia de formação sintonizada com as necessidades da Atenção Primária à Saúde?” Este estudo será realizado por Egidio Antonio Demarco, aluno do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e é orientado pelo Prof Dr Julio Baldiserotto e pela Profª Drª Cristianne Famer Rocha.

Seu objetivo é descrever o Programa da Residência Integrada em Saúde (RIS), ênfase Saúde da Família e Comunidade e analisar, desde a perspectiva dos profissionais egressos deste Programa, a adequação desta modalidade de formação como uma tecnologia apropriada ao fortalecimento da APS no contexto do SUS.

Portanto, serão sujeitos desta pesquisa todos os profissionais egressos do Programa da Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade, no período de 2005 a 2008, que concluíram os dois anos de formação exigidos e que aceitarem participar do estudo, e estarão excluídos os que não concluíram a residência no período proposto ou não aceitar participar do estudo.

Para a elaboração da pesquisa será necessária a realização de coleta de dados documentais do Programa da RIS, ênfase Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, buscando dados sobre a estrutura curricular do processo de ensino e aprendizagem. Além disso, a aplicação de um questionário me permitirá elaborar um perfil sócio demográfico dos profissionais egressos do Programa da RIS, ênfase Saúde da Família e Comunidade do GHC, bem como obter informações sobre o papel exercido pela formação no desenvolvimento de suas atividades profissionais. Este questionário será auto aplicável, sendo destinado a todos os profissionais egressos que concluíram os dois anos de formação propostos. O tempo médio necessário para responder ao questionário será de cerca de 40 minutos.

Também será realizada a aplicação de uma entrevista semi-estruturada, com um mínimo 6 e no máximo 8 egressos selecionados, entre os que responderem o questionário, para explorar qual o papel da Residência Multiprofissional em Saúde na sua prática cotidiana. Esta entrevista será gravada e transcrita, e os dados ficarão guardados pelo pesquisador por cinco anos, segundo a Resolução 196/96, e depois serão destruídos. O tempo médio de duração da entrevista será de 60 minutos e será realizada em um local de fácil acesso, sugerido por cada entrevistado/a e que resguarde a garantia de privacidade no momento de respondê-la.

**Versão Aprovada em**

**16 DEZ. 2009**

**Dr. Vito Giancristoforo dos Santos**  
Coordenador-geral do CEP-GHC

**Será assegurado a qualquer participante desta pesquisa, seja de sua modalidade de questionário ou entrevista:**

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo de qualquer ordem.
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Estar seguro que os dados obtidos serão utilizados apenas para esta pesquisa.
5. Procurar esclarecimentos, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição / GHC, localizado na Avenida Francisco Trein, 596, Bloco H, 3º andar – Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre-RS, telefone 33572407, cujo coordenador é Vitor Giancristoforo dos Santos.

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar deste estudo, tendo em vista que, fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, do objetivo e das justificativas desta pesquisa, bem como, da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a mesma, estando ciente também que posso retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo de qualquer ordem.

Tenho ciência de que minha participação nesta pesquisa implica em responder ao questionário recebido e, se for selecionado, participar da entrevista, autorizando o pesquisador citado a utilizar as informações fornecidas, preservando sua confidencialidade, para chegar aos resultados da avaliação.

Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei contatar com pesquisador Egidio Antonio Demarco, nos endereços abaixo descritos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.


\_\_\_\_\_  
Assinatura da/o Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Egidio Antonio Demarco

Endereços para Contato: telefone (51) 9128 1221, e-mail [edemarco@portoweb.com.br](mailto:edemarco@portoweb.com.br) e endereço institucional do mestrado Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar, Porto Alegre-RS.

**Versão Aprovada em**

**16 DEZ. 2009**

  
Dr. Vitor Giancristoforo dos Santos  
Coordenador-geral do CEP-GHC

## b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP 91350-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubbo, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.  
Rua Mostardeno, 17  
CEP 91450-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-63



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 16 de dezembro de 2009 reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 09-159

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

JULIO BALDISSEROTTO

CRISTIANNE FAMER ROCHA

EGÍDIO ANTONIO DEMARCO

**Título:** Residência Multiprofissional em saúde: uma tecnologia de formação sintonizada com as necessidades da atenção primária à saúde.

Documentação: Aprovados


Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar 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.

**Considerações Finais:** Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 16 de dezembro de 2009.

  
Vitto Giancristoforo dos Santos  
Coordenador do CEP