

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**



**RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADE
MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO:
UM ESTUDO SOBRE
A INTERDISCIPLINARIDADE E A MULTIPROFISSIONALIDADE**

**PELOTAS
2022**

ALESSANDRA RODRIGUES MOREIRA DE CASTRO

**RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADE
MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO:
UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E A
MULTIPROFISSIONALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, na Linha de pesquisa Currículo, Profissionalização e Trabalho Docente, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), como requisito para obtenção do grau de Doutor em Educação.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Lorea Leite

PELOTAS

2022

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C355rCastro, Alessandra Rodrigues Moreira de

Recontextualização curricular de dois programas de residência em área profissional da saúde - modalidade multiprofissional, vinculados a um hospital de ensino : um estudo sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade / Alessandra Rodrigues Moreira de Castro ; Maria Cecilia Lorea Leite, orientadora. – Pelotas, 2022.

277 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Pelotas, 2022.

1. Currículo. 2. Residência em área profissional da saúde. 3. Práticas interdisciplinares. 4. Equipe multiprofissional. 5. Recontextualização. I. Leite, Maria Cecilia Lorea, orient. II. Título.

CDD : 375

ALESSANDRA RODRIGUES MOREIRA DE CASTRO

**RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADE
MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO:
UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E A
MULTIPROFISSIONALIDADE**

Tese aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 29/04/2022

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Cecilia Lorea Leite (Orientadora)
Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Prof. Dr. Álvaro Moreira Hypolito
Doutor em Curriculum and Instruction pela University of Wisconsin -
Madison, Estados Unidos

Prof. Dr. Geraldo Pereira Jotz
Doutor em Medicina (Otorrinolaringologia) pela Universidade Federal de São
Paulo, Brasil

Profa. Dra. Leris Salate Bonfanti Haeffner
Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo, Brasil

Profa. Dra. Heliny Carneiro Cunha Neves
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, Brasil

PELOTAS, 2022

Dedico esta obra...

A minha Isabella, princesa, minha obra de arte, orgulho do meu existir.

Ao Fernando, meu parceiro e (co) responsável pela obra de arte.

A mim, construtora de castelos.

A todos que me aguardaram, acompanharam e resistiram à construção.

RETRIBUIÇÕES

Gratidão pela minha existência,
pela força que carrego de ser mulher, educadora no campo da saúde...
por ter me oportunizado coragem
que me conduziu para este momento tão especial
e que me torna uma pessoa melhor.
Pela oportunidade de ter o agora
e fazer deste instante
o mais especial que possa ser,
sem perder de vista meus valores e minha crenças.

Gratidão pela minha paixão e entusiasmo pela vida,
pele conhecimento, pelos novos desafios...
por acreditar que o doutorado é mais uma etapa conquistada,
mas que assim como os ciclos, se fecha um, para abrir o outro...
e que já é, meu pós-doutorado.

Gratidão pela minha filha Isabella,
por ser parte de mim,
por “não cair longe do pé” em seus esforços
e insatisfações com o óbvio,
pela espera da finalização deste doutorado,
mesmo sabendo que muitos desvios tive que fazer para chegar aqui
e ficar como estou agora, mas,
especialmente,
por ser uma das poucas pessoas a entender,
se não a única,
o quanto isso representa para a minha existência.
Espero que isso te inspire na busca pelos teus sonhos.
Te amo, princesa!

Gratidão à Professora Maria Cecilia Lorea Leite

pelo crédito e confiança que sempre teve comigo...

*por aceitar o que eu trazia na bagagem,
frutos da minha vida pessoal e profissional.*

*Por entender que precisava levar o meu conhecimento de um campo mais subjetivo
para outro campo que me exigia precisão, porém cuidado...*

*dois campos que parecem ser tão próximos,
mas que,
na prática,
são tão ambivalentes.*

*Por ter me apresentado à teoria de Basil Bernstein, que,
mesmo com todas as suas complexidades,
foi tão simples quando ouvida através das tuas doces palavras.*

Gratidão por meus colegas de trabalho,

*que, junto comigo,
fazem das residências em saúde espaços formativos dignos de orgulho...
e aproveito aqui para,
através da eterna parceira **Marisa**,
estender meu amor aos demais.*

Gratidão para essa banca de ilustres professores,

*cada um com suas expertises,
com tamanha importância para que eu chegasse a tantas reflexões, incertezas e
algumas certezas...*

Geraldo, tu és um cara demais!

Gratidão à Nóris,

*essa pessoa que leu meus projetos iniciais,
os em desenvolvimento e os como esse, provisoriamente finalizados,
desde o mestrado... e que com certeza
seguirá comigo por tantos outros que virão.*

Gratidão para a Fernanda,
*parceira que encontrei na correria da vida profissional
e que me fortaleceu da maneira mais companheira que eu merecia
me auxiliando na análise dos dados desta tese.*

À minha amiga do coração Cris,
*de todas as histórias, desta e de tantas outras,
por todos os momentos que a tua mão foi a única imagem que enxergava,
por saber que logo à frente tu estavas lá
com aquela lareira acesa
e a mais esperada taça de vinho.*

À minha amiga luz Paulinha,
parte desta história linda e de tantas maiores que virão.

Gratidão ao Fernando, Nando, Nandinho,
por me apresentar o sentido e a referência de família.

Aos tantos que por mim passaram apressados,
*mas que fizeram a diferença.
A todos o meu amor...*

E, por fim,
*dizer apenas um até breve para as minhas reflexões,
porque provavelmente, mas,
felizmente,
elas neste momento já não são mais as mesmas!*

Ainda bem.

RESUMO

CASTRO, Alessandra Rodrigues Moreira de. **Recontextualização curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Modalidade Multiprofissional, vinculados a um Hospital de Ensino**: um estudo sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade. Orientadora: Maria Cecília Lorea Leite. 2022. 277f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, UFPel, Pelotas, 2022.

Este trabalho teve como foco a política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – modalidade multiprofissional, vinculados a um Hospital de Ensino, considerados a partir da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005a), que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS). O objetivo principal desta tese foi analisar o processo de recontextualização da política curricular desses Programas, tendo como destaque a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, a partir das percepções de coordenadores de Programas, tutores, docentes e preceptores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos. A coleta de dados deu-se mediante a realização de entrevistas semiestruturadas e estudo documental, analisados por meio do método de Análise Temática (AT) de Braun e Clarke (2006) com suporte do software de análise de dados qualitativos webQDA. A teoria sociológica de Basil Bernstein (1981, 1984, 1988a, 1988b, 1996, 1998a, 1998b, 2003) foi o principal referencial teórico-metodológico adotado para compreender o campo da prática pedagógica e o processo de recontextualização do currículo dos Programas de Residência, áreas de concentração: Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência. Como resultado, foi possível verificar que há necessidade de que o texto da política subsidie os agentes envolvidos nos Programas a compreenderem a relevância de estimular a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, propiciando que com suas práticas pedagógicas enfatizem o proposto pelo discurso pedagógico oficial, de modo a favorecer a realização de atividades integradoras e multiprofissionais. Os participantes da pesquisa reconheceram a relevância da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade para a formação dos futuros profissionais, como, também, demonstraram que carecem de maior conhecimento nesses temas, não se sentindo tão preparados para conduzir os conhecimentos dentro de uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Por outro lado, nesta investigação, a presença de uma instituição formadora não representa elemento fundamental para que as práticas em saúde ocorram de maneira interdisciplinar e multiprofissional. Ressalta-se a importância deste estudo para vislumbrar que as RAPS são potentes para favorecer aproximações entre o ensino e o serviço, diminuindo fronteiras entre as áreas de conhecimento e as profissões, superando as mazelas da fragmentação do cuidado e da uniprofissionalidade. O desenvolvimento deste estudo, evidenciou a necessidade de instrumentalizar o corpo docente assistencial para o desenvolvimento de uma prática integral, interdisciplinar e em equipe, possível de tornar essa modalidade de pós-graduação ensino-serviço capaz de formar recursos humanos aptos a atender as necessidades de saúde da população. Entende-se que a preceptoria, assim como as demais atividades exercidas por docentes e tutores, exigem do profissional da saúde um desempenho clínico qualificado aliado a competências pedagógicas. Portanto, neste estudo, espaços formativos para capacitá-los se mostraram essenciais para a qualificação da integração ensino-serviço-comunidade, a efetividade da política das Residências em Saúde e para o fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: Currículo; Residência em Área Profissional da Saúde; Práticas Interdisciplinares; Equipe Multiprofissional; Recontextualização.

ABSTRACT

CASTRO, Alessandra Rodrigues Moreira de. **Curricular recontextualization of two Residency Programs in the Professional Health Area – Multiprofessional Modality, linked to a Teaching Hospital**: a study on interdisciplinarity and multiprofessionality. Advisor: Maria Cecilia Lorea Leite. 2022. 277f. Thesis (Doctorate in Education) – Postgraduate Program in Education, UFPel, Pelotas, 2022.

This paper had as a focus the curricular policy of two Residency Programs in the Professional Health Area - multiprofessional modality, linked to a Teaching Hospital, considered from the Law # 11.129 of 2005 (BRAZIL, 2005y), which established the Residency in Health Professional (RAPS). The main objective of this thesis was to analyze the process of recontextualizing the curricular policy of these Programs, with emphasis on interdisciplinarity and multiprofessionality, based on the perceptions of Program coordinators, tutors, professors, and preceptors. This is qualitative research of the multiple case study type. Data collection took place through semi-structured interviews and a documental study, analyzed using the Thematic Analysis (TA) method of Braun and Clarke (2006) supported by the webQDA qualitative data analysis software. Basil Bernstein's sociological theory (1981, 1984, 1988a, 1988b, 1996, 1998a, 1998b, 2003) was the main theoretical-methodological framework adopted to understand the field of pedagogical practice and the process of recontextualizing the curriculum of the Residency Programs, areas of concentration: Cancer Care and Urgent Care. As a result, it was possible to verify that there is a need for the content of the text of the policy to subsidize the agents involved in the Programs to understand the relevance of stimulating interdisciplinarity and multiprofessionality, providing that with their pedagogical practices they emphasize what is proposed by the official pedagogical discourse, in order to favor the accomplishment of integrative and multiprofessional activities. Research participants recognized the relevance of interdisciplinarity and multiprofessionality for the training of future professionals, but also demonstrated that they lack greater knowledge on these topics, not feeling so prepared to conduct knowledge within an interdisciplinary and multiprofessional perspective. On the other hand, in this investigation, the presence of a training institution does not represent a fundamental element for health practices to occur in an interdisciplinary and multiprofessional manner. The importance of this study is highlighted in order to see that RAPS are powerful in favoring approximations between teaching and service, reducing boundaries between areas of knowledge and professions, overcoming the ills of care fragmentation and uniprofessionality. The development of this study highlighted the need to equip the teaching staff for the development of an integral, interdisciplinary and team practice, making it possible to make this teaching-service postgraduate modality capable of training human resources capable of meeting the needs of population health. It is understood that preceptorship, as well as other activities performed by professors and tutors, demand from the health professional a qualified clinical performance combined with pedagogical skills. Therefore, in this study, training spaces to prepare them proved to be essential for the qualification of teaching-service-community integration, the effectiveness of the Health Residency policy and for the strengthening of SUS.

Keywords: Curriculum; Residency in Professional Health Area; Interdisciplinary Practices; Multiprofessional Team; Recontextualization.

Lista de Figuras

Figura 1	Evolução do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (2010-2021)	25
Figura 2	Base orgânica das Residências em Área Profissional da Saúde	33
Figura 3	Distribuição espacial do número de vagas em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade uni e multiprofissional, credenciados pelo MEC, por UF do Brasil, julho/2021	39
Figura 4	Matriz do PRAPS – UPF – HC	43
Figura 5	Matriz do PRAPS – HC	43
Figura 6.	Princípios de Classificação e Enquadramento segundo Basil Bernstein	62
Figura 7	Modelo do Discurso Pedagógico de Bernstein, adaptado para esta pesquisa e aplicado à Política Curricular dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional	66
Figura 8	Alinhamento Teórico: Basil Bernstein – Marina Peduzzi	75
Figura 9	Nuvem das 200 palavras mais frequentes dos Projetos Pedagógicos dos Residência em Área Profissional da Saúde, 2022	101
Figura 10	Mapa das categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas. WebQDA, 2022.	112

Lista de Quadros

Quadro 1	Trajatória da publicação de Editais do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde: Período 2009 – 2021.....	24
Quadro 2	Participantes da Pesquisa – Coordenadores, Tutores, Docentes e Preceptores do PRAPS – HC – UPF.....	79
Quadro 3	Identificação dos Participantes da Pesquisa – Coordenadores, Tutores, Docentes e Preceptores do PRAPS – HC- UPF.....	80
Quadro 4	Alinhamento dos objetivos da investigação com a coleta e análise dos dados.....	81
Quadro 5	Áreas profissionais e quantitativo de vagas anuais aprovados pelo MEC – Programa 1.....	86
Quadro 6	Áreas profissionais e quantitativo de vagas anuais aprovados pelo MEC – Programa 2	88
Quadro 7	Caracterização dos participantes do estudo	93
Quadro 8	Ocorrências e significados da palavra Multiprofissional nos fragmentos da Resolução CNRMS nº02 (2012)	94
Quadro 9	Ocorrências e significados da palavra Interdisciplinar nos fragmentos da Resolução CNRMS nº02 (2012)	97
Quadro 10	Palavras mais frequentes dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, 2022...	101
Quadro 11	Resultado da busca textual realizada com as palavras “interdisciplinaridade” e “multiprofissionalidade” nos PPs. 2022	102
Quadro 12	Matriz. Instituição Formadora – Interdisciplinaridade	138
Quadro 13	Matriz. Instituição Formadora – Multiprofissionalidade	139

Lista de abreviaturas e siglas

AT	Análise Temática
AMB	Associação Médica Brasileira
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIGETS	Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CRO	Campo Recontextualizador Oficial
CRP	Campo Recontextualizador Pedagógico
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DPO	Discurso Pedagógico Oficial
DPR	Discurso Pedagógico Recontextualizador
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
HC	Hospital de Clínicas de Passo Fundo
HE	Hospital de Ensino
HU	Hospital Universitário
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde

NDAE	Núcleo Docente Assistencial Estruturante
OMS	Organização Mundial da Saúde
PP	Projeto Pedagógico
PRAPS	Programa de Residência em Área Profissional da Saúde
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
RAPS	Residência em Área Profissional da Saúde
REHUF	Programa de Expansão e Reestruturação dos Hospitais Universitários
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIPAC	Sistema Integrado de Alta Complexidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Termo de Confidencialidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UPF	Universidade de Passo Fundo
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

1	Apresentando e delimitando o tema	20
2	Residências como modalidade de ensino em serviço: contexto histórico	34
2.1	Residência em Área Profissional da Saúde: processo regulatório	36
2.2	Residências em Área Profissional da Saúde: eixos norteadores e diretrizes gerais	40
2.2.1	Eixo norteador: integralidade: pressuposto para a interdisciplinaridade	44
2.2.2	Eixo norteador: interdisciplinaridade pressuposto para a multiprofissionalidade	46
2.2.3	Eixo norteador: multiprofissionalidade e o dispositivo do trabalho em equipe	48
2.3	Residência em Área Profissional da Saúde: agentes envolvidos e o cenário da prática	51
2.3.1	Os agentes envolvidos – competências e fundamentos	51
2.3.2.	O cenário de prática hospitalar – fundamentos e considerações	54
3	A teoria do dispositivo pedagógico: conceitos fundamentais para o estudo	58
3.1	Basil Bernstein: trajetória acadêmico-profissional	58
3.2	Classificação e Enquadramento: relações de poder e formas de comunicação	60
3.3	O dispositivo pedagógico	63
3.4	Currículo	68
4	O dispositivo do trabalho em equipe, relações de poder e formas de comunicação: propondo duas tipologias	74

5	Percurso metodológico	77
5.1	Caracterização do estudo	77
5.2	Participantes da pesquisa – Os sujeitos da pesquisa	78
5.3	Instrumentos e procedimentos de produção de dados	81
5.3.1	Documentos governamentais oficiais e legislações que regem o funcionamento dos PRAPS	82
5.3.2	A escolha dos Programas: considerações	82
5.3.3	Realização das entrevistas	83
5.3.4	O hospital estudado – Instituição promotora e executora	85
5.3.5	Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – área de concentração Atenção ao Câncer....	85
5.3.6	Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – área de concentração Urgência e Emergência	87
5.4	A análise dos dados	89
5.5	Procedimentos e aspectos éticos	90
6	Resultados e discussão	91
6.1	Análise da ficha sociodemográfica	91
6.2	Análise dos documentos governamentais	94
6.3	Análise dos Projetos Pedagógicos dos PRAPS	100
6.3.1	PP em Atenção ao Câncer	102
6.3.2	PP em Urgência e Emergência	106
6.4	Análise das entrevistas	112
6.4.1	Categoria – Interdisciplinaridade	113
6.4.2	Categoria – Multiprofissionalidade	121
6.4.3	Categoria – Atravessamentos dos PRAPS	126
6.4.4	Categoria – Documentos e legislação	133

7	Matrizes de análises das categorias “interdisciplinaridade” e “multiprofissionalidade”	138
8	Considerações finais	142
	Referências	147
	Apêndices	163
	Apêndice A Instrumento 1 – Ficha Sociodemográfica	164
	Apêndice B Instrumento 2 – Roteiro de entrevista semiestruturada	165
	Apêndice C TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	166
	Apêndice D Termo de Confidencialidade	167
	Anexos	168
	Anexo A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005	169
	Anexo B Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021	195
	Anexo C Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012	201
	Anexo D Projeto Pedagógico: Atenção ao Câncer	206
	Anexo E Projeto Pedagógico: Urgência e Emergência	237
	Anexo F Autorização para realização de pesquisa HC	273
	Anexo G Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	274

1 APRESENTANDO E DELIMITANDO O TEMA

No Brasil, a Reforma Sanitária, incorporada pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), exigiu dos serviços uma nova lógica no desenvolvimento das práticas dos profissionais de saúde, tendo a formação de recursos humanos (RH) como eixo estruturante da política.

Apesar das ações que historicamente vêm sendo tomadas para o fortalecimento da política de saúde na direção de um modelo integral, humanizado e equitativo, conservam-se dificuldades no campo da formação dos profissionais, revelando fragilidades em relação às práticas interdisciplinares e que favoreçam o trabalho em equipe e multiprofissional. O impacto dessa formação nos processos de trabalho dificulta o desenvolvimento de atividades, para além de suas competências profissionais.

Como possibilidade de reversão desse contexto, acredita-se nos processos educativos que contribuam para a formação de profissionais comprometidos com a construção de um sistema de saúde mais equânime, e que valorizem as dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais inerentes às práticas de cuidado e de gestão em saúde. As estratégias para essa ação convergem com a demanda do art. 200, inciso III, da Constituição Federal do Brasil, o qual refere que cabe ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos” para a área da saúde (BRASIL, 1988). No entanto, o fato de intenções constitucionais que atribuem à saúde a responsabilidade pelo ordenamento da formação não garante que o setor, de maneira separada, atinja o seu propósito.

O perfil atual dos profissionais de saúde demonstra carência de qualificação para a efetivação de mudanças das práticas assistenciais, sinalizando, portanto, uma necessidade constante e crescente de estratégias de ensino que se integrem com as demandas do sistema de saúde e as propostas de formação de profissionais especialistas. Mesmo que alguns progressos tenham ocorrido nesse complexo sistema nos últimos anos e nas diferentes esferas do governo, a formação dos profissionais de saúde ainda requer atenção especial para o cuidado integral.

A modalidade de ensino em serviço vem se constituindo como um modelo de formação ideal para contribuir com as mudanças necessárias na formação de profissionais da saúde, porém a compreensão de alguns pressupostos relativos ao trabalho integrado e multiprofissional e a construção do conhecimento interdisciplinar, a partir das necessidades dos serviços, são fundamentais para contribuir com a efetivação da política das Residências em Saúde no país.

Nesse sentido, as Residências em Área Profissional da Saúde (PRAPS) surgem como possibilidade de resposta às necessidades de (re) pensar o agir em saúde e passam a ser uma política que busca minimizar as dificuldades encontradas no processo de trabalho dos profissionais do SUS, dentro da perspectiva de trabalhar integralmente com as diferentes profissões da saúde, aliadas ao atendimento de algumas necessidades advindas da formação de profissionais inseridos nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Assim, as práticas desses Programas estão voltadas para o ensino em serviço e propõem um trabalho orientado por meio da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade¹, envolvendo a participação de diferentes categorias profissionais da área da saúde (BRASIL, 2021b), excetuada a médica, visando ao trabalho integrado em equipe e trazendo para o debate o desafio de sua efetivação.

Diante dessa proposta de formação de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, fez-se imperativo refletir sobre como o currículo desses Programas são recontextualizados² na prática pedagógica, respeitando as

¹ Nos instrumentos normativos que se referem à política das Residências em Área Profissional da Saúde, a defesa da multiprofissionalidade na composição do perfil profissional aparece junto à interdisciplinaridade.

² O termo recontextualização é central nesta tese e será apresentado a seguir. Mas trata-se de um movimento que ocorre quando um texto e/ou discurso sofre os efeitos do deslocamento de seu contexto original, e passa por um reposicionamento e refocalização no novo contexto, (BERNSTEIN, 1996).

especificidades das áreas profissionais da saúde, focando em práticas integradas e colaborativas, de modo a diminuir a divisão rígida do trabalho.

No Brasil, o processo de regulamentação das Residências em Área Profissional da Saúde deu-se a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005a), por ação conjunta do MEC e do MS, alinhados com a Política Nacional de Educação em Saúde, processo este que será mais bem apresentado a seguir.

Do ponto de vista pedagógico, suas orientações legais direcionam para o desenvolvimento de projetos pedagógicos (PP) que tenham por base a centralidade da prática focada na interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, bem como em novas estratégias de ensino e aprendizagem, que possibilitem o desenvolvimento de competências voltadas, particularmente, para as áreas prioritárias do SUS.

No entanto, esses direcionamentos para a sua efetividade requerem um grande esforço de quem os operacionaliza (OLIVEIRA, 2017), necessitando o entendimento dos agentes envolvidos sobre sentidos e significados de termos considerados polissêmicos e imprecisos, a exemplo da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade, desafiando-os a implementá-los (LOPES, 2006; SILVA 2018).

Do ponto de vista financeiro, essa Política tem demandado recursos significativos ao longo dos últimos 12 (doze) anos, especialmente no que se refere ao custeio de bolsas para residentes em área profissional da saúde.

Foi a partir de 2010, por meio da Portaria Interministerial nº 1077³/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009, que o MEC e o MS passaram a subsidiar bolsas para Instituições que aderissem ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. A Portaria trata:

(...) sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009a).

O Programa, desde a sua criação, objetivou incentivar a formação de especialistas em Área Profissional da Saúde, em campos de atuação estratégicos para o SUS e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde⁴.

³ Revogada pela Portaria Interministerial nº7, de 16 de setembro de 2021.

⁴ Os gestores de saúde são representados pelos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, assim como pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

O MS, por meio da Portaria Conjunta nº 11 de 28 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), em seu Artigo 1º, delega, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a responsabilidade da concessão e pagamento das bolsas para a execução do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

Artigo 1º. As bolsas de que trata esta Portaria serão concedidas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), aos residentes dos programas selecionados, por meio dos editais próprios, do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) (BRASIL, 2010).

A partir dessa publicação, o MS considerou o referido Programa como uma estratégia para institucionalização da política de provimento e fixação de profissionais da saúde em regiões prioritárias para SUS, inserindo-o no escopo das suas prioridades, além de outras que o complementam: a Política de concessão de bolsas de Residente; Apoio Institucional para a abertura e ampliação de novas vagas de Residência em Regiões do país, Áreas e Redes Prioritárias para o SUS; Formação de Gestores, Preceptores e Tutores para Programas de Residência em Saúde; e Apoio financeiro para instituições com ampliação de vagas de residência.

Até o ano de 2010, as bolsas eram financiadas, essencialmente, por meio de convênios com instituições de saúde, ou, ainda, pelo MEC e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Porém, em 2009, com a criação do Programa é que foram publicados os primeiros editais do MS.

No final de 2009, é lançado o Edital 24/2009 (BRASIL, 2009b) para seleção de projetos de programas de residências. Ao todo, foram concedidas 470 bolsas, por meio de duas Portarias de Resultados, a nº 1, de 24 de fevereiro de 2010 e a nº7 de 30 de setembro de 2010.

Após esse período, até o ano de 2021, o MS publicou mais 10 (dez) editais de financiamento de bolsas, e 17 outras Portarias de Resultado, não tendo sido encontrado registros de portarias publicadas nos anos de 2011, 2014, 2016 e 2021 conforme demonstrado na Quadro 1:

Quadro 1: Trajetória da publicação de Editais do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde: período 2009 – 2021⁵.

Editais publicados no DOU	Portarias de resultados	Bolsas Concedidas
Edital nº 24, de 2 de dezembro de 2009	Portaria Conjunta nº 1, de 24 de fevereiro de 2010	458
	Portaria Conjunta nº 7, de 30 de setembro de 2010	12
Edital nº 17, de 4 de novembro de 2011	Portaria Conjunta nº 1, de 13 de janeiro de 2012	335
	Portaria Conjunta nº 1, de 18 de janeiro de 2013	144
	Portaria Conjunta nº 7, de 27 de novembro de 2012	787
Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012	Portaria Conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012	156
Edital nº 28, de 27 de junho de 2013	Portaria Conjunta nº 11, de 18 de dezembro de 2013	1086
Edital nº 32, de 24 de julho de 2014	Portaria Conjunta nº 1, de 14 de janeiro de 2015	586
	Portaria Conjunta nº 3, de 15 de setembro de 2015	-
	Portaria Conjunta nº 4, de 16 de outubro de 2015	-
	Portaria Conjunta nº 1, de 24 de março de 2017	-
Edital nº 12, de 28 de agosto de 2015	Portaria Conjunta nº 379, de 24 de dezembro de 2015	500
Edital nº 17 de 6 de outubro de 2016	Portaria nº 50, de 21 de fevereiro de 2017	368
	Portaria nº 78, de 17 de março de 2017	46
	Portaria nº 155, de 8 de junho de 2017	20
Edital nº 11, de 27 de novembro de 2017	Portaria nº 33, de 22 de janeiro de 2018	701
Edital nº 3, de 2019	Portaria nº 35, de 21 de fevereiro de 2019	57
	Portaria nº 39, de 21 de fevereiro de 2019	25
	Portaria nº 23, de 14 de fevereiro de 2019	264
	Portaria nº 40, de 27 de fevereiro de 2019	34
Edital nº 2 de 16 de janeiro de 2020	Portaria nº 10, de 11 de fevereiro de 2020	550
	Portaria nº 12, de 19 de fevereiro de 2020	38

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

A partir de 2010 até 2021, o MS financiou 6.167 bolsas para novos residentes em Área Profissional da Saúde, tendo havido investimento muito acima da média entre

⁵ Dados extraídos dos estudos realizados pelo Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em saúde – CIGETS, instituição conveniada ao DEGTS/SGTES/MS por meio do Termo de Execução Descentralizada nº 25000.206118/2019-99.

os anos de 2012 e 2014, com ampliação de 71,28%, 135,03% e 57,40%, respectivamente, em relação ao ano anterior. O ano de 2013 em relação a 2012 foi o que recebeu maior ampliação, com 135,03%, passando de 805 para 1892 bolsas para novos residentes, conforme demonstrado na figura 1:

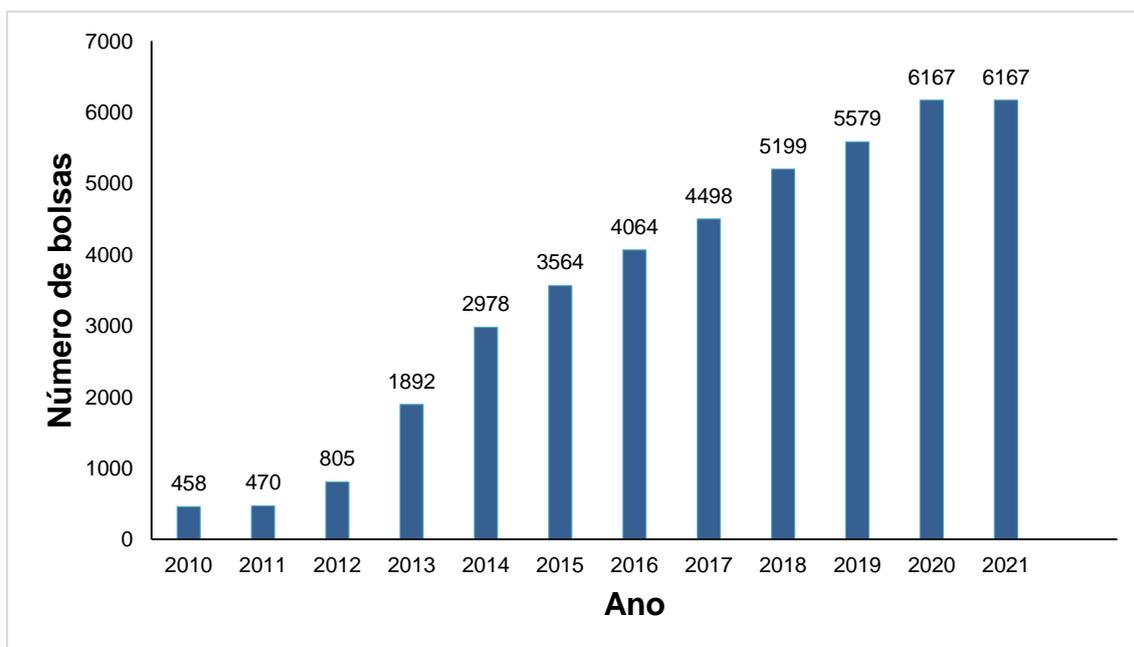


Figura 1 - Gráfico da Evolução do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (2010-2021).

Fonte: Relatório CIGETS – Janeiro de 2022.

No decorrer desse período, que compreendeu 12 (doze) anos (2010 – 2021), o MS ampliou o financiamento de novas bolsas de forma expressiva, alcançando o resultado de 1.246,51% em relação ao primeiro ano do programa, ocorrido por meio dos 10 (dez) editais, dos quais poderiam participar instituições públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal; b) instituições privadas sem fins lucrativos; e c) federais vinculadas ao MEC, respectivamente. Houve média de ampliação de 12,35% ao ano desde a criação do programa. Esses critérios, nessa ordem de prioridade, sustentaram o panorama de que a maior concentração de bolsas de residentes está em instituições públicas de saúde.

Quanto aos critérios de admissibilidade (BRASIL, 2009b), até o ano de 2013, os editais tornavam obrigatória a apresentação de projetos pedagógicos elaborados

conjuntamente pela(s) instituição(ões) formadora(s)⁶ e pelas Secretarias Municipal, ou Estadual de Saúde, o que denotava o compromisso de que os serviços de saúde estivessem alinhados estrutural e pedagogicamente às Universidades de forma que fossem implementados em efetiva parceria.

Todavia, a partir de 2013 (BRASIL 2013d) até o edital de 2021, o critério da obrigatoriedade da instituição formadora passa a ser excluído, constando apenas a exigência de que a instituição proponente estabelecesse parceria com as Secretarias Municipal, ou Estadual de Saúde, por meio de termo de compromisso, garantindo o empenho de seus dirigentes na implementação do Programa de Residência.

A questão “participação da instituição formadora na elaboração e execução dos projetos pedagógicos” torna-se uma opção exclusiva de cada Programa, o que passou a depender dos vínculos institucionais, se vinculado a uma Universidade; do cenário de prática, se fosse desenvolvido em hospitais próprios das Universidades, ou até mesmo conveniados.

Para vários pesquisadores da temática, essa questão ainda é um impasse do ponto de vista do ensino, especialmente por não haver estudos que analisem a importância, a necessidade e a validade de uma instituição formadora em um programa de pós-graduação com formação no serviço (ROSA; LOPES, 2009, 2010; SCHMALLER et al., 2012; MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA; 2017; TORRES et al., 2019).

Questões sobre como esses Programas ocorrem na prática e como são estabelecidas as relações entre as instituições formadoras (universidades) e as instituições executoras (serviços de saúde), também compõem o escopo de temas ainda não analisados, “as residências em saúde se apresentam como projetos vigorosos de formação profissional com uma grande diversidade de sentidos atribuídos e organizações didáticas” (TORRES et al., 2019). Os Programas apresentam grande variedade de estruturas curriculares, e a produção científica, ainda que restrita, também evidencia a necessidade de que estudos contribuam na discussão e no aprofundamento dos currículos dos PRAPS, que revelam:

⁶ As instituições formadoras deveriam comprovar o desenvolvimento de atividades acadêmicas em serviços de saúde, atestadas pelos respectivos gestores municipal, estadual ou federal ao qual se vinculassem os programas.

(...) um cenário heterogêneo no que diz respeito a currículos, organização didático-pedagógica, objetivos educacionais, matrizes pedagógicas e sistemas de avaliação utilizados (NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA, 2017).

Por conseguinte, minhas experiências profissionais também motivaram esta pesquisa, já que, ao longo dos últimos dez (12) anos, tenho convivido com a temática como consultora convidada do MEC, para tratar de assuntos pertinentes às Residências em Área Profissional da Saúde; como Certificadora de Hospitais de Ensino representando o MS, como Coordenadora Pedagógica de PRAPS, e atualmente, como consultora pedagógica do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGTS/SGTES/MS)⁷.

Cumprir salientar que, ao assumir essas funções, foi possível identificar inúmeros pontos importantes que, a meu ver, devem se fazer presentes no campo da política e que vão para além do financiamento de bolsas. Essas estão alinhadas a processos formativos e de apoio institucional, tais como: oferta de atividades educacionais para gestores, preceptores, tutores e docentes de programas de residência; incentivos financeiros para a realização de pesquisas aplicadas; e apoio técnico-administrativo para a criação, monitoramento e avaliação de programas de residências.

A experiência como coordenadora pedagógica permitiu vivenciar as atividades dos PRAPS, bem como possibilitou estabelecer vínculos com os diferentes agentes envolvidos na política, abrangendo preceptores, residentes, tutores, docentes, integrantes da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e Núcleo Docente Estruturante (NDE).

Ademais, as experiências como consultora do MEC e, atualmente do MS, provocaram inquietações acerca do distanciamento entre os textos da política, expressos por resoluções e portarias, representados nos PP⁸ e nos discursos e

⁷ Departamento responsável pelo processo de construção, acompanhamento das adesões, análise e divulgação de resultados dos Editais de concessão de bolsas para as Residências em Saúde.

⁸ Em 2010, os Hospitais de Ensino de todo o país se associaram ao movimento promovido pelo MEC e MS, no intento de implantarem PRAPS. Cabe considerar o fato de que cada instituição constituiu, em separado, suas respectivas comissões (COREMU) com vistas à construção do Projeto Pedagógico, não havendo uma discussão ampliada coletiva, sobre a proposta do MEC. Ocorreu um processo de elaboração desses documentos isoladamente, possibilitando que representassem interesses apenas institucionais, e gerando a dúvida sobre o que os projetos pedagógicos dos PRAPS estariam produzindo (OLIVEIRA, 2017).

práticas dos profissionais envolvidos, tanto no que refere ao planejamento, quanto na execução e avaliação das estratégias pedagógicas.

Assim, essas questões tomaram posição central nesta pesquisa, por meio de um estudo de casos múltiplos⁹ envolvendo a política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade multiprofissional, vinculados a um Hospital de Ensino. O estudo se propôs a entender como essa política está sendo recontextualizada, do contexto oficial para o contexto ensino-assistencial, na tradução do texto da política para outros contextos (BERNSTEIN, 1996; 1998), neste caso, envolvendo uma instituição de ensino (Universidade) e uma instituição assistencial (unidade de saúde hospitalar).

Logo, inspirada em autores como Bernstein (1981, 1984, 1988a, 1988b, 1996, 1998a, 1998b, 2003), Ball (1994, 1998, 2001), Ball & Bowe (1992) e influenciada por Leite (2003), este estudo está associado às concepções teóricas de que os discursos profissionais e as práticas pedagógicas dos PRAPS, produzidos por agentes de diferentes contextos sociais, se movimentam e circulam, criando espaço para a produção de outros sentidos e significados para além do que está posto no texto da política curricular da Residência, num processo contínuo de permanências, rupturas e hibridação. Ao mesmo tempo, é possível considerar que há um reposicionamento, uma refocalização do texto da política curricular em meio aos diferentes interesses que se fazem presentes no campo da recontextualização.

Portanto, esta pesquisa tende a contribuir para a compreensão da maneira pela qual os agentes recontextualizadores estão interpretando o texto da política curricular na elaboração dos PPs, incluindo seus respectivos currículos, e sua recontextualização nas práticas Pedagógicas dos Programas mencionados, tendo como foco principal a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

De acordo com Bernstein (1996, p. 270-271), quando um texto passa por um processo de recontextualização, em um primeiro momento ele é deslocado, descontextualizado, com relação a outros textos, para ser reposicionado em outro contexto. No caso, se considerarmos a recontextualização da política curricular no currículo de cada Programa em estudo, vamos observar que ela sofre os efeitos do deslocamento de seu contexto original, e passa por um reposicionamento e

⁹ A escolha pelo método estudo de casos múltiplos se deu por envolver dois campos: o campo de exercício do ensino, e o outro, o campo de exercício dos serviços, respectivamente, a Universidade e o Hospital.

refocalização no novo contexto, o que poderá incluir, por exemplo, um processo de seleção, adaptações e reelaborações nos seus PPs e respectivos currículos. O autor citado prevê, pelo menos, dois planos nesse movimento de recontextualização. Assim, se pode considerar que, neste texto, em que o currículo é definido a partir da política curricular de cada Programa, ocorrerão novas transformações quando ele for ativado nas respectivas práticas pedagógicas dos agentes recontextualizadores.

Formalmente, carecem de estudos que evidenciem os caminhos que esses agentes estão tomando, e para onde estão indo, sem indicativos claros de sua efetividade para a formação em serviço, dado o caráter de importância que historicamente o governo vem atribuindo para esta política curricular, o que denota um dos desafios da investigação.

Estudos a partir de Ball contribuem com esta reflexão ao analisar a política simultaneamente como texto e como discurso. Com a dimensão textual da política, Ball salienta que todo texto – incluídos os documentos políticos – é aberto a múltiplas interpretações, considerando que novos sentidos podem ser agregados aos diferentes conceitos. Pela dimensão discursiva, cabe destacar que não se lê qualquer coisa em qualquer texto, já que é possível pensar e agir a partir das nossas vivências e concepções teóricas (LOPES; MACEDO, 2011).

Com respaldo nessas questões, a pesquisa teve como centralidade a seguinte indagação: como está sendo recontextualizada a política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade multiprofissional, vinculados a um Hospital de Ensino, áreas de concentração Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência, tendo como foco principal a interdisciplinaridade e em multiprofissionalidade, a partir das percepções dos tutores, docentes preceptores e coordenadores de programas?

Logo, partindo do problema de pesquisa, o objetivo geral proposto neste projeto de tese: analisar o processo de recontextualização da política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade multiprofissional, vinculado a um Hospital de Ensino, áreas de concentração Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência, tendo como foco principal a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, a partir das percepções dos tutores, docentes, preceptores e coordenadores de programas.

No desdobramento, foram indicados os seguintes objetivos específicos:

- I. Identificar o Discurso Pedagógico oficial com base no texto da política curricular da Residência em Área Profissional da Saúde, no que concerne à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade;
- II. Analisar como o Discurso Pedagógico oficial está sendo recontextualizado nos PPs e respectivos currículos dos Programas de Residência em Saúde – modalidade multiprofissional – vinculados a um hospital, quanto à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade;
- III. Identificar discursos profissionais sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas no âmbito da Residência em Área Profissional da Saúde, de modo a traduzir o processo de recontextualização da política curricular proposta nos PPs e respectivos currículos dos Programas, em especial no que se refere à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade;
- IV. Comparar as práticas ensino-assistenciais de tutores, docentes, preceptores e coordenadores, desenvolvidas em Programas que ocorrem, concomitantemente, em um mesmo hospital relativo à existência ou não de uma instituição formadora;
- V. Comparar os discursos profissionais de tutores, docentes, preceptores e coordenadores, desenvolvidos em Programas que ocorrem, concomitantemente, em um mesmo hospital relativo à existência ou não de uma instituição formadora.

Como hipóteses, considera-se que pode haver distanciamentos entre o discurso pedagógico oficial com base no texto da política curricular e o texto dos PPs, incluindo os respectivos currículos dos PRAPS a serem estudados, particularmente no que concerne à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade; que há possibilidade de se encontrar diferenças mais ou menos acentuadas entre as propostas dispostas sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade no texto dos PPs dos PRAPS e as práticas pedagógicas dos tutores, docentes, preceptores e coordenadores de Programas desenvolvidas nesse contexto; e que na percepção dos

tutores, docentes, preceptores e coordenadores envolvidos nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, pode haver um distanciamento entre as propostas dispostas na legislação oficial e as práticas pedagógicas, por falta de debates curriculares sobre seus sentidos e significados, de uma ideia central que os agregue, no âmbito de cada Programa. Por outro lado, pode-se hipotetizar que o texto da política curricular que institui e orienta os programas de residência em saúde no Brasil propõe uma política que se aproxima na perspectiva do sociólogo da educação Basil Bernstein, do que é definido como currículo de integração, mas que, nas práticas pedagógicas dos tutores, docentes, preceptores e coordenadores dos programas, pode haver tendência para o desenvolvimento de um currículo de coleção. E, por fim, a partir da comparação das práticas ensino-assistenciais dos preceptores, tutores, docentes e coordenadores, pode haver diferenças a depender do tipo de instituição proponente do Programa ao qual se vinculam, considerando a existência ou não de uma instituição formadora.

Para tanto, o contexto teórico deste estudo se fundamenta em teorias e conceitos do campo do currículo (BERNSTEIN, 1996; 1998a; GOODSON, 2012; SACRISTÁN, 2000), e da sociologia da educação, com particular destaque para a teoria do dispositivo pedagógico de Bernstein (1996), já que essa estrutura conceitual tem apresentado, em outros estudos (MORAIS; NEVES, 2006, 2007; MAINARDES; STREMEL, 2010), grande potencial descritivo e analítico, permitindo estabelecer relações entre vários textos e contextos e tendo, como parte da referência, os conceitos de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

É importante ressaltar que, a partir da análise de Bernstein (1996), considera-se que o discurso pedagógico sofre influência da ideologia, das diferentes percepções de mundo e dos interesses especializados e/ ou políticos dos agentes, cujos conflitos estruturam o campo recontextualizador, intermediário entre o campo de produção e o campo de reprodução do discurso (MAINARDES; STREMEL, 2010).

Dito em outras palavras, ao analisar o currículo destes Programas, poderá ser identificado que o Discurso Pedagógico Oficial (DPO), originalmente produzido no campo de recontextualização oficial (MEC e MS), sofre mudanças no processo de recontextualização, fazendo com que o discurso que é produzido no contexto oficial não corresponda ao que é produzido/reproduzido no contexto da prática. Como observam Moraes e Neves (2006), com base na teoria bernsteiniana:

(...) estes processos de recontextualização – que têm lugar sempre que um texto é deslocado de um contexto e inserido noutra contexto – conduzem a modificações do texto cujo sentido e grau reflectem, entre outros factores, os princípios pedagógicos dos agentes dos respectivos campos e as influências resultantes das interacções sociais que se estabelecem entre agentes do mesmo campo e de campos diferentes (MORAIS; NEVES, 2006, p.1).

Assim, este trabalho poderá sinalizar que a prática pedagógica dos PRAPS é capaz de ser fortemente influenciada pelas percepções que os tutores, docentes, preceptores e coordenadores possuem sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, e, portanto, analisá-las e compreendê-las reforçam o investimento neste estudo.

Segundo Bernstein (1996), quando os campos recontextualizadores se associam, maior é a facilidade de se exercer o controle sobre o que acontece no campo da prática. Por outro lado, se houver uma autonomia relativa entre esses dois campos, tende-se a originar uma arena de luta, que pode facilitar a criação de espaços para instituições trabalharem em uma direção questionadora dos padrões estabelecidos. Frente ao exposto, pode-se afirmar que o campo pedagógico é uma arena de conflito e, potencialmente, de mudança (BERNSTEIN, 1996).

Tomando por base o problema de pesquisa, a justificativa para o seu desenvolvimento e os objetivos propostos, tem-se, como organização da presente tese o que se apresenta a seguir. No primeiro capítulo, é apresentada a introdução do trabalho, proporcionando ao leitor a delimitação do tema e a contextualização das residências no cenário da política de recursos humanos. A partir do segundo capítulo, é dado um especial enfoque à política da Residência em Área Profissional da Saúde, destacando o seu surgimento como modalidade de ensino em serviço, suas interfaces no contexto do ensino-saúde, seu processo regulatório, diretrizes gerais, bem como seus principais eixos norteadores, agentes e cenários envolvidos; no capítulo seguinte (terceiro), aborda-se o conceito de recontextualização, desenvolvido a partir da teoria do dispositivo pedagógico, e demais concepções teóricas, relacionadas ao currículo, fundamentais, para dar subsídio ao projeto de tese, mais especialmente, à modalidade de educação em serviço. Focaliza-se, ainda, a biografia do sociólogo Basil Bernstein e os principais conceitos da sua teoria; no quarto capítulo, o dispositivo do trabalho em equipe, relações de poder e formas de comunicação, decorrentes das relações profissionais e pedagógicas; no capítulo quinto, apresenta-se o percurso

metodológico adotado na pesquisa, que é caracterizado pela abordagem qualitativa, delineamento estudo de casos múltiplos, de cunho exploratório e transversal, além de justificar a escolha dos sujeitos, o local do estudo, os programas, os instrumentos de coleta e a forma pela qual foram analisados os dados, a partir do método de análise temática. No sexto capítulo, os resultados e discussão a partir das análises da ficha sociodemográfica, dos documentos governamentais bem como os projetos pedagógicos dos programas e das entrevistas a partir das categorias temáticas: interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, atravessamentos da instituição formadora e documentos e legislações; o sétimo, e último, as aborda as considerações finais, os resultados a partir das análises, com base no referencial teórico-metodológico eleito, incluindo limites identificados ao longo do seu desenvolvimento, apontando algumas sugestões para operacionalização de uma política de recursos humanos voltada para o SUS.

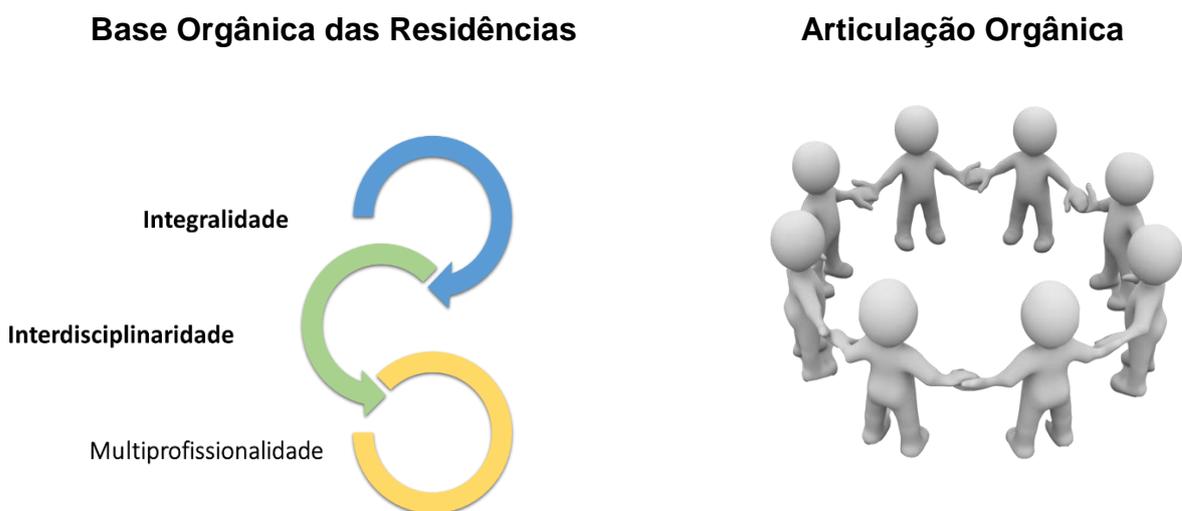


Figura 2 - Base orgânica das Residências em Área Profissional da Saúde
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

2 RESIDÊNCIAS COMO MODALIDADE DE ENSINO EM SERVIÇO: CONTEXTO HISTÓRICO

Este capítulo focaliza a residência como uma modalidade de ensino em serviço que se propõe a possibilitar a jovens profissionais da saúde a aquisição de conhecimentos e habilidades especializados, voltados para as áreas prioritárias do SUS.

A iniciativa foi pioneira na área da Medicina, no final do século XIX nos Estados Unidos (EUA) (SILVEIRA, 2005), tendo ênfase no ensino clínico e no ambiente hospitalar. Os programas surgiram dentro de instituições hospitalares, e a primeira experiência ocorreu em 1889 tendo sido direcionada para o treinamento na área cirúrgica e, posteriormente, em 1900, na área de Clínica Médica.

A modalidade, como o próprio nome “residência” suscita, remete ao sentido de moradia, já que, historicamente, um dos requisitos básicos aos candidatos a participarem de programas era de residir na instituição hospitalar, estando à disposição do serviço em tempo integral (SILVEIRA, 2005).

A partir dessas primeiras experiências, a Residência Médica difundiu-se pelos EUA e, posteriormente, na década dos anos quarenta do século passado, em outros países a exemplo do Brasil, por influência do modelo americano, centrado no modelo biomédico de clínica tradicional (FURTADO, 1995).

Os primeiros Programas de Residência Médica brasileiros tiveram início na Universidade de São Paulo (USP), em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, disseminando-se lentamente no Brasil, mas consolidando-se na década de 1970, através do Decreto Nº 80.281 de 5 de setembro

de 1977 (BRASIL, 1977a). Este decreto instituiu a Residência Médica como modalidade de ensino de pós-graduação, bem como a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), instância responsável por estabelecer princípios e normas de funcionamento, avaliação e credenciamento desses programas.

Art. 1.º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977a).

A partir desse período, o número ascendente de Programas foi justificado não somente pela necessidade de profissionais especializados, mas pela insuficiência do treinamento prático oferecido pelos cursos de medicina, decorrentes do crescimento abrupto de escolas médicas, associada à presença de um mercado de trabalho competitivo e com tendência à especialização.

O Brasil inicia a década de 70 com 62 cursos de medicina em funcionamento, dos quais 35 (56,5%) foram autorizados na década anterior. Diante deste crescimento acelerado, a AMB encaminhou às autoridades responsáveis o documento 'Problemática do Ensino Médico no Brasil', cuja repercussão gerou a criação pelo MEC, em 1971, da Comissão de Ensino Médico, que após investigar profundamente o assunto produziu o 'Documento n.1', o qual, em essência, reafirmava as conclusões e proposições do documento da AMB. Este documento serviu de subsídio a uma portaria ministerial suspendendo a criação de novas escolas médicas. Somente aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra conseguiram implantar-se. Assim, durante 13 anos – de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987 – nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país (BUENO; PIERUCCINI, 2005, p. 20).

No entanto, os Programas de Residência Médica serviram de exemplo para a criação de Programas em outras áreas profissionais, a exemplo da Enfermagem, surgindo no Brasil, sem legalização, no Hospital Infantil do Morumbi, em 1961, na cidade de São Paulo (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Em 1977, as áreas de medicina e enfermagem se reúnem para propor a primeira Residência Integrada em Saúde. Essa iniciativa ocorreu na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), projeto que envolveu conjuntamente as residências médica e de enfermagem (CECCIN; ARMANI, 2001).

A década de 80 foi marcada pela criação de diversas residências médicas e outras multiprofissionais.

2.1 Residência em Área Profissional da Saúde: processo regulatório

Este subcapítulo se volta para o debate acerca da Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS). No entanto, cabe notas elucidativas sobre as novas orientações legais propostas a partir da Resolução Nº 7, de 13/11/2014¹⁰ (BRASIL, 2014b). A Resolução, em seu artigo 2º, passa a denominar “residência em área profissional da saúde” as residências multiprofissionais e uniprofissionais, anteriormente designadas, indicadas formalmente no item nº IV quando refere:

Resolução Nº 7, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2014 Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Art. 2º A avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde deverão orientar-se pelos seguintes critérios: IV- composição de interfaces entre as modalidades uniprofissional e multiprofissional nos programas de residência em área profissional da saúde e destes com os programas de residência médica (BRASIL, 2014b).

Ao longo de 1997, o SUS sofre com a precarização do trabalho na saúde, identificado pela falta de condições das equipes em gerir um Sistema que carecia de profissionais capacitados para atender as demandas emergentes. Em dezembro do corrente ano, ocorreu o Seminário sobre Residência em Saúde da Família, promovido pelo MS, como uma iniciativa de preparar profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multiprofissional em Programas da ESF¹¹ (Estratégia Saúde da Família), com base nos princípios e diretrizes do SUS.

O modelo de Residência, que envolvia diferentes áreas profissionais, contemplava um eixo comum a todas as profissões, abordando a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

Foi a partir de 2002, que o MS passou a financiar Programas distribuídos pelo Brasil tendo como principal objetivo implementar a formação dos profissionais de nível superior para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais aplicadas no cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (GIL,

¹⁰ Na estrutura anterior à Resolução Nº 7, de 13/11/2014, existiam duas denominações que diferenciavam os Programas de Residência: Residência Multiprofissional, composta por três ou mais profissões e Residência em Área Profissional, desenvolvida somente com uma área profissional. A partir desta Resolução as duas modalidades foram reunidas, utilizando a terminologia “Residência em Área Profissional da Saúde” (RAPS), modalidades multiprofissional e uniprofissional.

¹¹ Na ESF, o trabalho em equipe foi considerado um dos pilares para a mudança no modelo hegemônico em saúde vigente, propondo-se a prover estratégias de interação entre trabalhadores de diferentes categorias profissionais e com diversidade de conhecimentos.

2005). Essas Residências apresentam-se como uma alternativa proposta pelo governo federal, para a mudança das práticas assistenciais em saúde.

Nessa perspectiva, a temática da formação em serviço ganhou centralidade no processo de constituição do SUS, afirmando a importância da formação de profissionais em saúde articulados com as necessidades emergentes para o sistema de saúde (BRUNHOLI, 2013, p. 52).

Frente a esse movimento, no ano de 2003, o MS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), integrando-a o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), tendo como finalidade a ordenação e a formação de trabalhadores para essa área e, então, como meio de operacionalizá-la, propôs um projeto para todo o território nacional, a criação PRAPS (BRASIL, 2006).

O período foi marcado como uma iniciativa do governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo de especialidades, a fim de estimular o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde.

Esta política previu a formação em serviço, objetivando tornar a rede pública de saúde como um campo de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho. Definiu que as intercessões promovidas pela educação na saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem, poderiam garantir uma interlocução entre a formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde (ROSA; LOPES, 2009, 2010, p. 490).

Nesse ponto, foi considerada a possibilidade de integrar instituições formadoras e de serviço, por meio do trabalho desenvolvido no campo, envolvendo diferentes agentes ensino-assistenciais, dentre os quais gestores, trabalhadores, estudantes, residentes, usuários e respectivos familiares.

É uma década de muitos embates no campo das Residências em saúde, com disputas de projetos diferentes, sendo estes: CNRMS, as Instituições de Ensino Superior – IES – e os Conselhos de Categorias Profissionais, baseados em normativas reguladoras, voltados para o interior das Universidades, sob alegação de que isso poderia ‘resolver alguns problemas’ da graduação e ampliar o contato entre IES e a comunidade. Além disso, este projeto mostra-se bastante vinculado aos Hospitais Universitários – HU’s –, como locus de aprendizagem (ABIB; KNUTH, 2017, p. 26).

Conseqüentemente, nesse período foi instituída, também por iniciativa do MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹², expressa na Portaria nº

¹² É uma estratégia que busca a consolidação da Reforma Sanitária a partir da criação de novas formas de entender e produzir saúde, fortalecendo a descentralização, o desenvolvimento de estratégias e processos para construção da integralidade da atenção à saúde.

198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde. Logo a seguir, em fevereiro de 2005, foi publicada a Medida Provisória nº 238/2005, que se constituiu em uma etapa para garantir a regulamentação da Residência em Área da Saúde (BRASIL, 2005a).

Posteriormente, desencadeou-se um movimento a favor dessa modalidade já que, em junho do mesmo ano, essa Medida Provisória converteu-se na Lei nº 11.129/2005, e, em seu Art. 13º, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*. Ficou estabelecido que a RAPS deveria constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS, porém destinada a todas as categorias profissionais que integram a área de Saúde, excetuando-se a médica (BRASIL, 2005b).

Em novembro do mesmo ano, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2.117 (BRASIL, 2005b), do MS e MEC, orientação legal que dispôs sobre a “Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde”, ficando a cargo do MEC: a certificação, avaliação e reconhecimento de todos os programas de Residência em execução, financiados com recursos públicos, desde que, em um prazo e até dois anos, se enquadrarem nas diretrizes e normas a serem estabelecidas pela CNRMS¹³.

Dois anos após, foi publicada, por ambos os Ministérios, a Portaria Interministerial de nº 45, a qual determina que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde seriam orientadas pelos princípios do SUS (BRASIL, 2007a).

Paralelamente, ocorreu o financiamento de Programas, na proposição de bolsas de trabalho, denominada Bolsas para a Educação pelo Trabalho, sendo de competência do MS (por intermédio da SGTES) e do MEC (Secretaria de Educação Superior – SESu), regulamentadas pela lei n.º 11.129, art. 1513 e pela portaria GM/MS n.º 1.111.14.

¹³ Essa Portaria cria a CNRMS, porém não a regulamenta nem a implanta. Foi através da Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que a Comissão passa a receber suas atribuições como órgão regulador dos PRAPS.

Desde então houve um crescimento significativo do número de vagas credenciadas pelo MEC, mostrando uma maior oferta nas regiões sul, sudeste e centro-oeste em detrimento das regiões norte e nordeste.

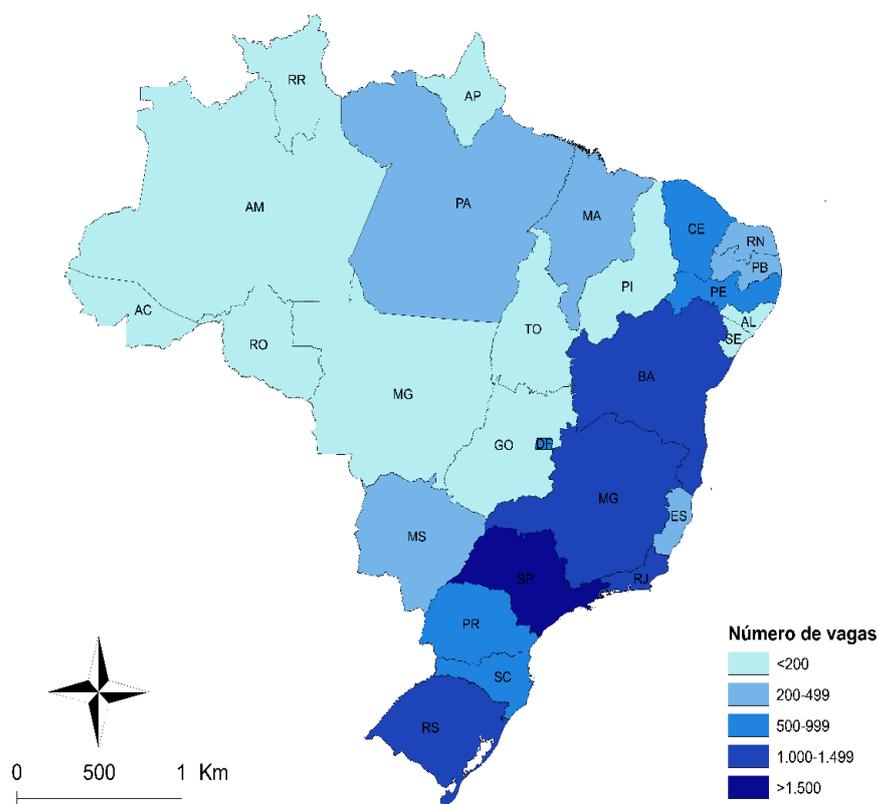


Figura 3 - Distribuição espacial do **número de vagas** em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade uni e multiprofissional, credenciados pelo Ministério da Educação, segundo unidade da federação do Brasil, julho/2021.

Fonte: Dados da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS do MEC, obtidos via FalaBr em julho de 2021.

2.2 Residências em Área Profissional da Saúde: eixos norteadores e diretrizes gerais

A Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a), instituiu a CNRMS, cabendo-lhe as atribuições de avaliar e acreditar programas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, atentando para as necessidades socioepidemiológicas da população brasileira.

Com base nessas competências, por meio do Relatório de Atividades da CNRMS, preparado em 2009, ficou explicitado:

As residências multiprofissionais em saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais (CNRMS, 2009:01).

Essa Portaria (BRASIL, 2009a), alterada/atualizada quatro anos depois pela Portaria Interministerial nº 1.124, de 3 de outubro de 2012, estabelece que os PRAPS deveriam e devem contemplar os cenários de educação em serviço, com a concepção ampliada de saúde, configurados em linhas de cuidado, promovendo a integração ensino-serviço- comunidade.

O documento prescreve eixos norteadores para a gestão, para o ensino e para a assistência, direcionando a proposta para práticas pedagógicas que considerem todos os envolvidos como agentes ativos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho.

Esses eixos direcionam para a ocorrência de estratégias pedagógicas que promovam cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de forma a garantir a formação integral, interdisciplinar e multiprofissional, atentando para as necessidades de mudanças na formação, no trabalho e na gestão da saúde (BRASIL, 2009a).

Tal formato de curso, caracterizado por ensino em serviço, deve ser desenvolvido em regime de dedicação exclusiva, cumprindo pelos residentes 60 horas semanais e com duração de dois anos¹⁴ (BRASIL, 2012a, art. 3º) equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas.

¹⁴ Os PRAPS, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, devem ser desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas (BRASIL, 2015a, Art. 2º).

Quanto a sua operacionalização, estão previstos para ocorrer nos serviços de saúde do SUS, nos diferentes níveis de complexidade, que vão desde Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios e Hospitais. Seu desenvolvimento e acompanhamento deverão estar orientados por profissionais com especialidade na área de concentração do Programa¹⁵ (BRASIL, 2012a).

Para ser caracterizado na modalidade multiprofissional, define o MEC que o programa deve ser constituído por, no mínimo, três profissões da saúde¹⁶ (BRASIL, 2014a), e suas propostas pedagógicas devem ser construídas de forma adequada às áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS¹⁷ (BRASIL, 2015b), definindo área temática como:

(...) um conjunto de áreas de concentração que inclui um núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática, e pelos quais a perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar pode ser desenvolvida por meio de estratégias de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem para a implementação dos programas, conforme normatizados pelas Câmaras Técnicas da CNRMS (BRASIL, 2012b, art. 4º; §4º).

As áreas de concentração, assim denominadas no texto da Política, devem estar organizadas segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS (BRASIL, 2012a, art. 4º; §2º).

As instituições proponentes¹⁸ poderão ser de caráter público, filantrópico, ou privado, que, segundo definido na Resolução nº7/2014 no §2º, devem ser “aquelas

¹⁵ Conforme Art. 4º, §1º, entende-se como área de concentração um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS (BRASIL, 2012a).

¹⁶ As áreas profissionais da saúde, descritas no parágrafo único do art. 1º da Portaria Interministerial nº7, de 16 de setembro de 2021, são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (BRASIL, 2014c).

¹⁷ Essa Comissão de caráter deliberativo tem, como atribuições, a coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os PRAPS nas modalidades multiprofissional e/ou uniprofissional da instituição proponente; o acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes; e a definição de diretrizes, elaboração de editais e condução do processo seletivo de candidatos.

¹⁸ As instituições de saúde proponentes desses Programas deverão enquadrar-se em uma das seguintes condições:

I. instituição de ensino superior reconhecida por sistema oficial de ensino brasileiro, com cursos de graduação e/ou pós-graduação na área da saúde; II. instituição de pesquisa ou de ciência e tecnologia com autorização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES para a oferta de cursos de pós-graduação stricto sensu; III. instituição pública, filantrópica ou privada do setor da saúde; IV. serviço de saúde certificado em conjunto pelos setores da educação e da saúde como instituição escola; V. serviço de saúde reconhecido pelo setor da saúde como rede SUS-Escola; VI. instituição ou serviço de saúde que abrigue em caráter permanente e contínuo Programas de

que oferecem Programa de Residência” (BRASIL, 2014b) e são responsáveis pela elaboração/organização do Projeto Pedagógico (PP), que deve ser orientado pelo núcleo específico de cada profissão, em determinado campo de conhecimento, por meio de práticas multiprofissionais e interdisciplinares. Como estabelece o parágrafo primeiro da mencionada Resolução,

§1º O PP de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento. §2º O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões (...) (BRASIL, 2012a).

As RAPS, segundo as orientações da política e dispostas na matriz curricular (Figura 2) indicam, como proposta original, estratégias pedagógicas que integrem saberes (núcleo e de campo)¹⁹ e práticas de diferentes profissões, pressupondo um processo de superação do modelo disciplinar, tendendo à formação de eixos de concentração e de área profissional que transversalisem diferentes áreas do conhecimento. Ao sugerir essa integração, esta proposta pode sinalizar para um modo de organização do conhecimento integrado representando um modelo (Figura 2 e Figura 3) que tenderia para a mudança nas estruturas disciplinares convencionais, relações de poder e princípios de controle relativos às práticas pedagógicas (BERNSTEIN, 981)²⁰. Contudo, a perspectiva integradora da política das RAPS não permite garantir que ela ocorra e que esteja voltada para práticas interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. Ora, a residência poderá não ser isso em si, mas o é enquanto proposta original (texto) e potencialidade.

O parâmetro para a análise da potencialidade da RAPS não pode ser a afirmação de que ela é, em si, uma formação voltada à integralidade, à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade nas práticas em saúde. Portanto, a RAPS poderá não ser isso em si, mas essa possibilidade existe como potencialmente, ou seja, entende-se que o que cria as circunstâncias fundamentais para que a

Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BRASIL, 2016).

¹⁹ O núcleo se refere ao conhecimento específico da categoria profissional, e o campo trata dos saberes comuns a serem construídos e compartilhados.

²⁰ Para tanto, a teoria do Dispositivo pedagógico, de Basil Bernstein (1996), a partir das regras de recontextualização, nesse contexto, se mostra como fundamental para entender essas possibilidades de interações.

proposta original da RMS se realize de fato, se torne materialidade, são os seus agentes e agências, seus textos e contextos.

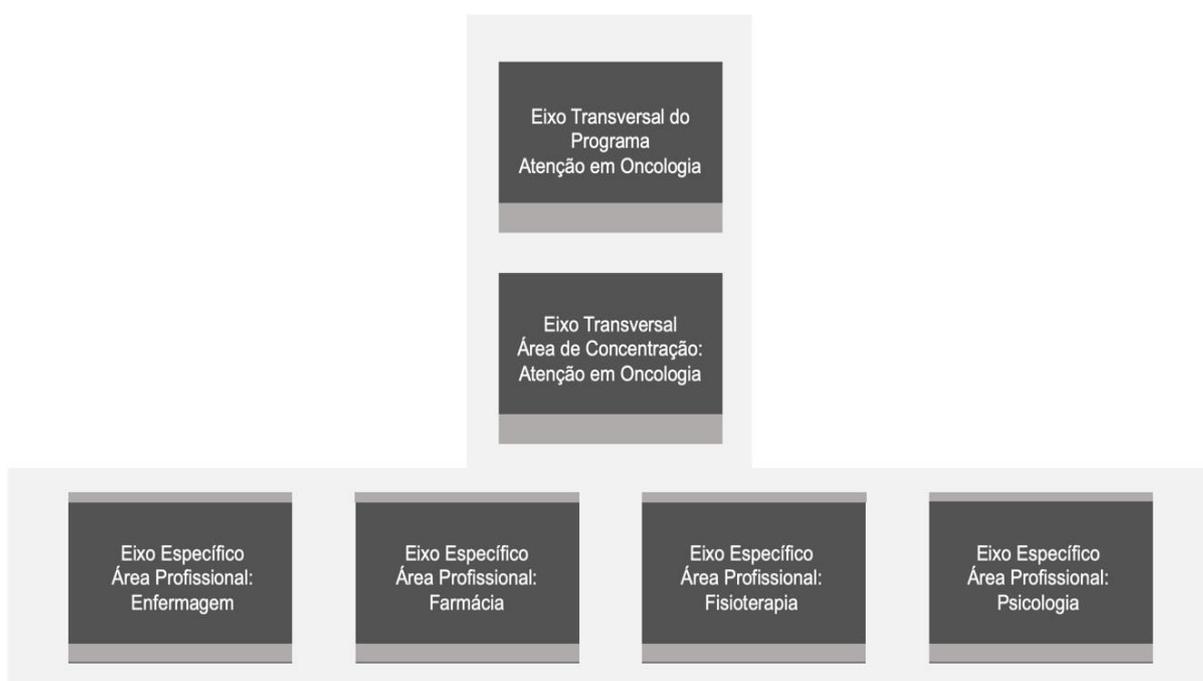


Figura 4 - Matriz do PRAPS – UPF – HC
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

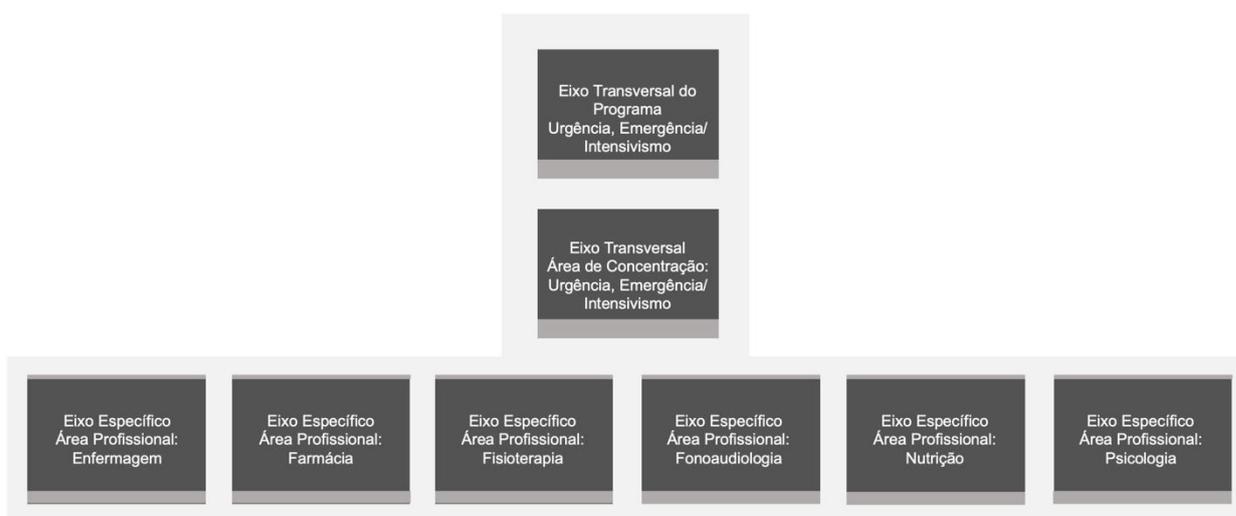


Figura 5 - Matriz do PRAPS – HC.
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Conforme Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014b), a matriz pedagógica deveria ser organizada em estratégias educacionais práticas, teóricas e teórico-práticas e divididas por três grandes eixos norteadores: um eixo transversal, um ou mais eixos integradores para cada área de concentração e eixos por área profissional, de acordo com a Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a).

a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; b.um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa; c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (BRASIL, 2012a).

Aqui, cabe abrir parênteses para destacar o fato de que cada instituição, desde esse período, vem constituindo, por meio das comissões internas de gestão dos Programas, os seus respectivos PPs, não havendo uma política de integração e de debate coletivo, sobre a proposta do MEC, cujas orientações têm sido seguidas pelas instituições de modo isolado (OLIVEIRA, 2017). Dessa forma, reafirma-se a indagação desta pesquisa, justificada e fortalecida por esta desarticulação e proliferação de Programas, podendo estes projetos pedagógicos estar sofrendo recontextualizações pelos agentes do campo pedagógico, fazendo com que o contexto da prática não corresponda ao DPO, legitimando-se a necessidade de entender como diferentes comunidades disciplinares atuam nesta política de currículo e produzem novos sentidos no jogo político, inclusive, pela introdução de suas interpretações, de forma híbrida, em documentos curriculares (LOPES; MACEDO, 2011).

2.2.1 Eixo norteador – integralidade: pressuposto para a interdisciplinaridade

A integralidade, como política pública de saúde, é compreendida como princípio norteador do SUS, regulamentada pela Lei 8.080 de 19 de setembro 1990 (BRASIL, 1990) e que se apresenta “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, que pressupõe ações de promoção,

prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso por meio de assistência focada no indivíduo, na família e na comunidade (BRASIL, 1990, p.4).

Essa diretriz implica uma abertura para o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado, sendo empregada como princípio orientador das práticas de organização do trabalho e de políticas de saúde (MATTOS, 2001, 2003; OLIVEIRA, 2017). Além disso, esse pressuposto indica a participação de agentes ativos no desenvolvimento do processo do cuidado, tendendo à recusa ao reducionismo e à objetividade das práticas, o que suscita abertura para o diálogo interdisciplinar e multiprofissional.

Nos estudos de Closs (2012), a perspectiva do trabalho coletivo realizado por equipes multiprofissionais não recusa a qualificação do trabalho de cada profissão. Assim, a modalidade do ensino em serviço potencializa o processo de fortalecimento do campo de saberes teórico-práticos e competências relativas ao exercício profissional, compatibilizado no processo de construção de práticas interdisciplinares (CLOSS, 2012).

Dessa forma, a noção de integralidade articula-se organicamente às da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

A partir do século XX, especialmente na década de 70, quando emergem movimentos sociais que tornam visíveis os limites do modelo econômico e do desenvolvimento científico com base na racionalidade positivista, volta-se a enfatizar a necessidade da interdisciplinaridade em todos os campos científicos, ampliando-se sua noção para além das tentativas multidisciplinares de produção de conhecimentos justapostos (GARCIA *et al.*, 2006, p.475).

A integralidade, bem como a multiprofissionalidade, constituem a base da RAPS. Assim sendo, a interdisciplinaridade ganha centralidade nessa formação, por potencializar o exercício de conhecimentos e habilidades, articulados e integrados entre si, cujo conjunto de disciplinas exerce a função de contribuir tanto para a formação, quanto para a produção de conhecimento.

Nessa esteira, Silva e Mendes (2013, p. 59) consideram:

(...) a construção da prática interdisciplinar tem o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde. Esta construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereça sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. Preserva-se, portanto, a autonomia das áreas do saber envolvidas, ao mesmo tempo que se pressupõe a socialização de conhecimentos com o objetivo da (re)construção das ações das equipes de saúde (SILVA; MENDES, 2013, p. 59).

2.2.2 Eixo norteador: interdisciplinaridade pressuposto para a multiprofissionalidade

A discussão a respeito do termo interdisciplinaridade tem sua origem na Europa, França e Itália e toma corpo nos anos 70. Sua base principal de discussão girou em torno da crítica à forma de organização do ensino escolar, e seus principais eixos de discussão estiveram centrados na ruptura entre teoria e prática e na função social dos conteúdos escolares (FOLLARI, 1995).

Os estudos demonstravam que o conhecimento disciplinar, em sua maioria, fragmentado e isolado, não poderia conduzir para uma educação emancipatória. A ciência ocidental historicamente se desenvolveu com base na noção de especialização, e, no campo da educação, um novo sistema de ensino e formação foi se estruturando, com base na estratégia da disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto e pela crescente especialização do sujeito científico (ALMEIDA, 1997).

No Brasil, Japiassú (1976) foi um dos precursores na temática. Em sua tese de doutorado intitulada “Interdisciplinaridade e Patologia do Saber”, a interdisciplinaridade foi concebida como uma alternativa a minimizar o esfacelamento do saber instaurado pelo positivismo. No título da obra, o autor relacionava a temática como “doença” e defendia que a falta de integração dos saberes era uma patologia. O autor associou a “doença” ao significativo número de especializações que se espalhavam e à rapidez do seu desenvolvimento que resultavam na fragmentação do horizonte epistemológico, relacionando essas especializações como saberes em migalhas, produto de uma inteligência esfacelada.

Considerou que a interdisciplinaridade parte da observação e sensibilidade de cada indivíduo e, para que ocorra, faz-se necessário ter presente um espírito epistemologicamente amplo que permita enxergar uma disciplina conjuntamente com outras sem negligenciar nenhuma.

Portanto, a incompletude, polissemia e diversidade do termo sustentam a dificuldade de concretizá-lo, por se tratar de um conceito complexo, que não apresenta sentido epistemológico único e estável (JAPIASSÚ, 1976).

No mesmo sentido, Ivani Fazenda (1992) tratou a interdisciplinaridade como prática, que não deve ser ensinada nem aprendida, mas vivida e realizada. Ao

aprofundar esse conceito, a autora fundamenta a ideia de que a interdisciplinaridade implica um permanente movimento dialético e contraditório que exige dos envolvidos uma postura de parceria e de diálogo e que busca a totalidade do conhecimento.

Sua característica é a busca permanente pelo novo e a ousadia em romper os limites das fronteiras entre as diferentes áreas de conhecimento, sem desrespeitar as particularidades de cada uma, de maneira a estabelecer um diálogo que garanta a especificidade do estatuto epistemológico de cada área do saber, assegura a autora (FAZENDA, 1992) o que se assemelha à ideia do trabalho em equipe multiprofissional.

A interdisciplinaridade, associada ao trabalho em equipe, é, ao mesmo tempo, uma questão de saber e poder, assim como ocorre nas práticas em saúde envolvendo as diferentes profissões, que implica ter uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994).

Portanto, a interdisciplinaridade tem, historicamente, estado no centro das discussões acerca do desenvolvimento da ciência e das práticas sanitárias (MATOS et al., 2009).

No campo da saúde se reproduz a tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas dessa área, a disciplinarização que determina espaços de poder (GOMES; DESLANDES, 1994). A tradição centrada na doença, a disciplinarização e a profissionalização trazem para as práticas em saúde o estabelecimento de espaços demarcados e processos comunicacionais multiprofissionais rígidos e hierárquicos (DIAS; SOUSA; LEITE, 2012).

Bispo, Tavares e Tomaz (2014) colocam a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade como um grande desafio para o SUS, já que seus fundamentos propõem a superação do modelo fragmentado de organização do trabalho em que cada profissional faz de seus saberes e práticas territórios individualizados o que torna esse campo²¹ uma arena de conflitos (APPLE, 1982; BERNSTEIN, 1996; GOODSON, 2012).

Ainda nessa vertente, estudos de Nascimento (2008) reconhecem que, no cotidiano dos PRAPS, são identificadas “dificuldades em planejar e desenvolver ações multi e interdisciplinares, uma vez que os campos de saberes e de práticas específicas

²¹ O termo campo aqui é compreendido como um campo de força e de luta, no qual os agentes atuam de acordo com suas posições e interesses, podendo manter ou modificar a sua estrutura (BOURDIEU, 2000).

de cada categoria profissional são fortemente demarcados” (NASCIMENTO, 2008, p.121-122).

Diante da questão, sustenta-se que é indispensável considerar que a inserção de profissionais de diferentes áreas do saber numa equipe de saúde não é suficiente para garantir que práticas interdisciplinares sejam efetivadas, “(...) e, que tão importante quanto a implementação de práticas interdisciplinares é a sua sustentação como proposta de metodologia de trabalho ao longo do tempo nas instituições e serviços etc.(...)” (SILVA, 2018).

Nessa direção, é fato afirmar que a implementação e sustentação dessa formação em serviço, a partir da interdisciplinaridade é um dos desafios comuns a todas as RAPS.

2.2.3 Eixo norteador: multiprofissionalidade e o dispositivo do trabalho em equipe

A realidade dessa modalidade em serviço configura-se numa arena de conflitos e de tensão permanentes entre agentes e agências e que aciona dispositivos importantes, especialmente no campo das profissões, quando se associa à realização de projetos assistenciais comuns. Esses tensionamentos se relacionam e afetam diretamente o contexto da prática e o trabalho em equipe, já que sua operacionalização implica fatores que envolvem a comunicação, o diálogo e a integração entre diferentes áreas profissionais.

A modalidade prevê, em sua orientação legal, a atuação de profissionais de diferentes áreas sobre um objeto central para o qual se voltam diversos olhares na perspectiva da investigação, condutas e tratamentos, pressupondo a diminuição da fragmentação em todos os seus aspectos, com ênfase na multiprofissionalidade. Contudo, as imprecisões relativas à indefinição do conceito da multiprofissionalidade fortalecem a dificuldade de que ela seja operacionalizada em sua totalidade no contexto da prática (PEDUZZI, 1998). Embora discussões acerca do conceito venham crescendo nos últimos anos, esse movimento ainda se mostra gradual e insuficiente quando o panorama analisado passa a ser o quesito componente prático.

Peduzzi (1998, 2009), autora que aprofunda seus estudos na temática, considera que o exercício da multiprofissionalidade está associado ao do trabalho em equipe, que pressupõe o trabalho coletivo e a necessidade eminente de relacionarem-

se reciprocamente a múltiplas intervenções, técnicas e aos agentes de diferentes áreas profissionais. A atuação multiprofissional implica diálogo e comunicação, portanto, envolve agentes e, em consequência, relações de poder, saberes e desejos (SILVA; MENDES, 2013).

Historicamente, o trabalho em equipe surge na década de 1950, nos EUA, durante o processo de emergência da medicina preventiva, período em que se iniciou um projeto de mudanças nas práticas em saúde, nas concepções de saúde-doença e no modo como se organizavam os serviços. Esse projeto, que passa a ser orientado por uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença, na perspectiva da atenção integral ao paciente, tira a centralidade do trabalho em saúde da figura do profissional médico (PEDUZZI, 2009).

O movimento teve interferência no ensino de medicina, impulsionando e incorporando mudanças nas propostas curriculares dos cursos de graduação, assumindo a ideia do trabalho em equipe multiprofissional (AROUCA, 2003).

No Brasil, a ideia surgiu em meados da década de 1960, também como forma necessária de se contrapor às formas hegemônicas de atenção em saúde e, ainda, como elemento questionador da ênfase dada na formação especializada (PEDUZZI, 2012).

Esse movimento, histórico e político adotou um novo conceito de saúde e doença, segundo o qual a saúde passou a ser um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e a doença, um processo de interação do homem com os agentes patogênicos e o ambiente (PEDUZZI, 2012). As práticas em saúde passam a ser reorientadas no sentido da obtenção de um sentido mais amplo de saúde, com a prevenção das doenças e a recuperação integral do paciente. Em síntese, o processo saúde-doença se libertou da unicausalidade, fundamentada na bacteriologia, passando a adotar o modelo da multicausalidade, focada na pessoa.

A ideia de equipe de saúde aparece respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, porém, mantendo-se, ainda, a centralidade no fazer médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregavam. Portanto, o fato sustenta a convicção de que a hegemonia do modelo biomédico, além de ser resultante de uma construção histórica, foi consequência, também, do consentimento das demais categorias profissionais (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

A partir dos anos 1990, o debate em torno do trabalho em equipe se amplia com o reconhecimento de que é insuficiente uma equipe funcionar apenas integrada, mas que fundamentalmente, se fazem necessárias a integração e a colaboração entre as mais variadas equipes de um serviço e entre equipes dos diversos serviços da rede de atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2009).

Assim, o desafio da sua operacionalização é posto permanentemente para o campo, e a questão central gira em torno de como desenvolver projetos assistenciais comuns, por meio de práticas integradoras, de forma a garantir que cada área profissional desempenhe sua função dentro do saber da sua formação. Melhor dizendo, a questão se coloca em como manter enfraquecidas as zonas de fronteira entre os saberes em saúde de maneira a privilegiar a aprendizagem mútua e o desenvolvimento de ações conjuntas, criando condições em que não se sobressaia o saber de nenhuma profissão e sim o trabalho em equipe.

[...] O trabalhador de saúde é sempre coletivo: o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. [...] Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro (MERHY; FRANCO, 2009, p. 431-432).

Peduzzi (2001) sustenta, por meio de seus estudos, a distinção entre duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos; “a primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde” (PEDUZZI, 2001, p. 105-106). Com base nessa distinção, a autora construiu uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe integração e equipe agrupamento.

No primeiro caso (equipe integração), podendo ocorrer por meio da articulação das ações e a interação dos agentes e, no segundo tipo (equipe agrupamento), por justaposição das ações e o mero ajuntamento dos profissionais.

Esta tipologia, conforme apresenta a autora, expressa uma polaridade que demonstra, por um lado, a tendência à integração dos trabalhos especializados e dos profissionais que os executam e, de outro lado, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e o estranhamento e distanciamento dos agentes (PEDUZZI, 2009).

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Entretanto, e segundo Peduzzi (2001), fazem-se necessárias, no contexto das práticas, a articulação das ações assistenciais, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes, e, para isso, aponta critérios que podem auxiliar no reconhecimento das equipes de trabalho enquanto integração ou agrupamento, que envolvem: a) a alta ou baixa qualidade de comunicação entre os integrantes da equipe; b) a tendência em aumentar ou diminuir as especificidades dos trabalhos especializados c) a maleabilidade ou rigidez da divisão do trabalho; d) a individualidade profissional de caráter interdependente ou não-interdependente; e e) a alta ou baixa possibilidade da construção de um projeto assistencial comum.

2.3 Residência em Área Profissional da Saúde: agentes envolvidos e o cenário da prática

2.3.1 Os agentes envolvidos – competências e fundamentos

A composição dos agentes envolvidos na efetivação dos Programas constitui-se por diferentes categorias profissionais e graus de hierarquia que envolvem: uma coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU; Coordenação de Programas, um Núcleo Docente-Assistencial Estruturante – NDAE; docentes; tutores; preceptores; e profissionais da saúde, os residentes.

Docentes, tutores e preceptores possuem papel essencial no contexto das Residências, devendo, fundamentalmente, assumir o compromisso de integrar os conceitos e valores do ensino-assistência, colaborando no processo de formação do residente.

Os diferentes profissionais da saúde, no desenvolvimento de suas práticas pedagógicas, devem aproximar saberes e experiências e, ao mesmo tempo, construir estratégias possíveis de sanar os problemas do cotidiano da atenção à saúde e seus

respectivos processos de organização. Os docentes, tutores e preceptores, assim denominados, sustentam o corpo de profissionais que integram os PRAPS.

Os docentes, de acordo com o Artigo 10 da Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a, art. 10), são considerados os profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das estratégias educacionais teóricas e teórico-práticas, previstas no PP dos PRAPS. Possuem, como parte de suas atribuições, a de articulador junto aos tutores e os preceptores dos conhecimentos necessários à formação dos residentes. Devem apresentar, além da competência clínica, a capacidade para conduzir o residente no processo de aprender, estimulando-o e o capacitando para perceber como esse conhecimento deve ser desenvolvido na prática.

Os tutores possuem, como atribuição, orientar o desenvolvimento das competências profissionais específicas, bem como planejar e realizar a formação das atividades de ensino de núcleos de saberes e práticas envolvendo preceptores e residentes. Tendo como tarefa promover a integração ensino-serviço, desempenham o papel de articulador do conhecimento teórico, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do Programa (BRASIL, 2012a, art. 11). Além disso, possuem papel estratégico, já que parte de suas atribuições prevê a escuta, a catalisação e a facilitação dos processos de aprendizagem (RODRIGUES, 2016, p. 333).

Já o papel de preceptor caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde. O preceptor tem um papel fundamental nessa formação, já que ensina ao desenvolver suas habilidades técnicas no cotidiano, devendo integrar seus conhecimentos da prática aos conhecimentos teóricos específicos, transformando os espaços de saúde em ambientes de aprendizagem propícios (BOTTI; REGO, 2008).

O preceptor, então é o profissional da saúde que acompanha diretamente os residentes nos cenários e articula a prática ao conhecimento científico, sendo considerado um dos protagonistas do processo de ensino-aprendizagem das RMS (ARAÚJO, *et al.*, 2017, p. 602).

Das preceptorias são esperados ambientes que favoreçam o diálogo, a troca de experiências, constituindo-se como espaços intercessores para o desenvolvimento da educação em saúde, de modo a favorecer o pensar no coletivo, ao considerar as

experiências vividas por todos os participantes. Cabe salientar que, conforme orientativa ministerial, um residente jamais deverá desenvolver suas atividades práticas sem o acompanhamento direto de um preceptor, considerando-se que o Programa de residência é uma especialização em serviço.

Aqui, cabe abrir parênteses para um aspecto fortemente apontado em relação às atribuições do preceptor, que normalmente assume esta função induzido²² pela gestão da unidade de saúde, por conta do papel profissional técnico que desempenha na instituição (enfermeiro de unidade de internação, fisioterapeuta do serviço de fisioterapia). Ainda assim, na maioria das vezes, não possui formação pedagógica para desempenhar atividades de ensino, nem tampouco possui a formação especializada que o próprio Programa de residência está formando.

O protagonismo do preceptor é de fundamental importância na RMS, uma vez que realiza a interlocução residente-serviço e potencializa as discussões e reflexões acerca das vivências, facilitando o processo de ensino-aprendizagem. Contudo, a integração ativa dos profissionais dos serviços, nesta perspectiva, ainda é um desafio, visto – entre outros aspectos – o frágil incentivo institucional, a extenuante jornada de trabalho e a oferta diminuta de desenvolvimento docente e formação de preceptoria (ARAÚJO *et al.*, 2017, p. 606).

Conforme explicita a Resolução Nº 02, de 13/04/2012 (BRASIL, 2012a), diferentemente do tutor e do docente, o preceptor deverá, de forma obrigatória, ser da mesma área profissional do supervisionado, fazendo-se presente durante todo o período do residente no cenário de prática.

Sobre o financiamento de bolsas para pagamento de preceptores, fica na dependência de cada normativa institucional ao qual o Programa se vincula, porém não há esse tipo de financiamento pelo Ministério da Educação (MEC), ou pelo Ministério da Saúde (MS)²³.

Dessa forma, tutores, docentes e preceptores enfrentam o desafio cotidiano de equacionarem a questão dos papéis; todos possuem, em comum, a função de

²² Essa situação é corriqueira na maioria dos Programas, sendo queixa generalizada de preceptores, que acabam assumindo este papel em decorrência do cargo que ocupam como técnico do serviço e muitas vezes não recebendo nenhum incentivo financeiro nem tampouco qualificação pedagógica. Esse fato é, atualmente, motivo de muito debate e publicações (RIBEIRO; PRADO, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2017).

²³ Desde 2021, o MS lançou o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 1.598 de 15 de julho de 2021 (BRASIL, 2021a), que em seu Eixo 2 – Valorização Ensino-Assistencial – disponibiliza Ofertas Educacionais, por meio de editais, para gestores preceptores, tutores e docentes de Programas, atreladas a incentivos financeiros, que, segundo portaria, são equivalentes aos valores das bolsas de mestrado definidos pela CAPES.

contribuírem para a reorganização dos processos de trabalho a partir da problematização, reflexão e avaliação nos territórios de modelos e de práticas instituídos (PARENTE, 2008, p. 52).

2.3.2 O cenário de prática hospitalar – fundamentos e considerações

O hospital é um dos principais cenários de práticas para os PRAPS, conforme disposto na Resolução CNRMS Nº 2, de 2012, que vai ao encontro do fortalecimento do tripé do ensino, pesquisa e extensão, por meio da relação entre a universidade e o serviço de saúde. Porém, o conceito de hospital recebe variações a depender do órgão, ou do tipo, se universitário, ou de ensino.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua o hospital como órgão integrante de uma organização social, cuja missão consiste em proporcionar uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, com serviços externos irradiados até o âmbito familiar (BRASIL, 1977b).

No mesmo sentido, o MS o define como uma instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários (BRASIL, 2013c) e pela preparação de profissionais a estarem aptos a atender às demandas epidemiológicas, atentando para a realidade do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2007b).

Porém, o MS também apresenta o conceito de hospital universitário (HU), mas como um local voltado para o ensino em saúde, descrevendo-o como um organismo que, além de prestar assistência, constitui-se em um espaço de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2013c).

O MEC (BRASIL, 2015c) também traz um conceito particular que o torna um dos cenários principais para a formação em saúde, caracterizando-o como instituição que integra a assistência prestada à população com a formação de profissionais, treinamento de pessoal e as atividades de investigação científica, capaz de prestar serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população.

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede

do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2015c).

Por outro lado, os HU's ganharam, a partir do ano de 1991, a denominação de Hospitais de Ensino (HE) quando passaram por processo de certificação, validado por Portaria interministerial disposta pelos MEC e MS, mas desde que atendessem a critérios mínimos dos quatro pilares: gestão, assistência, ensino e pesquisa. Para serem assim denominados, parte desses requisitos deveria também considerá-lo como centro de referência nacional em alta complexidade, funcionando regularmente há mais de cinco anos, bem como ter em pleno funcionamento Programas de residência em saúde, próprios ou conveniados.

[...] Os Hospitais de Ensino (HE) correspondem a Hospitais Gerais e/ou Especializados que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada ou formalmente conveniados a esta, segundo os termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº1.000/2004, sendo responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão tanto na rede básica como nos hospitais públicos e privados. Também são compreendidos como hospitais que prestam assistência à saúde de alta complexidade e que desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo, concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, fato que exige deles qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS (NOGUEIRA *et al.*, 2015, p. 152).

Foi em 2004, que o MEC e o MS, pretendendo reestruturar os HE's, integrando-os à rede dos serviços de saúde, instituíram o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS por meio da Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS (BRASIL, 2004b) e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, através da Portaria nº 1.702 GM/MS (BRASIL, 2004c).

Ademais, para que o credenciamento desses hospitais de ensino junto ao SUS fosse efetivado, deveriam ser avaliados por uma comissão interministerial, atendendo, primeiramente, ao disposto na Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007c), e, após, pela Portaria nº 285 de março de 2015 (BRASIL, 2015c). Passam a fazer parte do artigo, além da obrigatoriedade de abrigar Programas de residências médicas próprios ou conveniados, Programas de residências em outras áreas profissionais da saúde (CASTRO, 2015), devendo, inclusive, estar

inscritos no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cumprindo os seguintes requisitos:

I - ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde; II - dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino; III - possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), excetuando-se os casos previstos no §1º do art. 8; IV - possuir, no mínimo, 80 (oitenta) leitos operacionais, no caso de hospitais gerais; V - possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade; VI - prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS; e VII - possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS (BRASIL, 2015c).

Mas foi em 2010, na linha de investimentos do MEC para Educação na Saúde, e conjuntamente às proposições relativas ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)²⁴, que em todo país emergiram novos Programas de residência multiprofissionais, ou de área profissional específica, tendo os hospitais de ensino como cenário privilegiado. O REHUF foi um documento impulsionador do surgimento de inúmeros PRAPS:

Art. 2º O REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. § 1º No campo do ensino, pesquisa e extensão, os hospitais universitários desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde, tendo como objetivos específicos (...) IV - implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde; (BRASIL, 2010c).

²⁴ Caracterizou um conjunto de ações destinadas a criar condições institucionais e materiais para que os Hospitais Universitários Federais (HUF's) desempenhassem suas funções em relação às dimensões do ensino, da pesquisa, da extensão e da assistência à saúde. Dispondo sobre o financiamento compartilhado dos hospitais e disciplinando o regime da pactuação global com esses hospitais (BRASIL, 2010c).

A partir do crescente número de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, compreendido entre os anos de 2010 e de 2015, período em que se registram 1.591 Programas financiados²⁵ pelo MEC, houve um impacto significativo na expansão de profissionais da saúde em formação nos Hospitais.

O referido cenário, desde então, foi permeado por incertezas, apontando para a necessidade da legitimação da existência de PRAPS, tendo se iniciado um importante período que serve de dispositivo para modificação do modelo tradicional biologista, centrado no saber médico.

²⁵ Sobre a evolução do financiamento de bolsas via MEC, pode-se observar um aumento de cerca de 700% entre os anos de 2010 e 2014 (BRASIL, 2014d). Conforme Relatório, no ano de 2010 foram concedidas 414 (quatrocentas e quatorze) bolsas; em 2011, 1.193 (mil, cento e noventa e três) bolsas; em 2012, 1.750 (mil, setecentas e cinquenta); em 2013, 3.155 (três mil, cento e cinquenta e cinco); e, no ano de 2014, foram 3.322 (três mil, trezentas e vinte e duas) bolsas (BRASIL, 2014d).

3 A TEORIA DO DISPOSITIVO PEDAGÓGICO: CONCEITOS FUNDAMENTAIS UTILIZADOS NO ESTUDO

Este capítulo focaliza algumas concepções fundamentais que subsidiaram o estudo no campo das políticas curriculares. Entre os principais aportes teóricos, destaca-se o conceito de recontextualização do discurso, formulado por Basil Bernstein (1986) e desenvolvido a partir da teoria do dispositivo pedagógico.

A teoria bernsteiniana possui uma estrutura conceitual forte e uma linguagem de descrição que oferece relevantes e consistentes contribuições para a temática das Residências em Saúde, já que se pretende analisar o processo de recontextualização da política curricular de dois PRAPS em diferentes níveis recontextualizadores, tanto no nível macro da produção do texto, quanto no nível micro (BALL, 1998).

Assim, na primeira parte do capítulo, apresento breve explanação sobre a biografia de Bernstein e dos principais conceitos de sua teoria, estruturando melhor a forma com que utilizarei tais conceitos na pesquisa, bem como permitindo ao leitor conhecer um pouco dos caminhos epistemológicos que o autor percorreu. Em seguida, apresento aspectos da teoria do dispositivo pedagógico e suas contribuições para a política curricular, correlacionando-os com a Política das RAPS e destacando a potencialidade da teoria neste estudo.

3.1 Basil Bernstein: trajetória acadêmico-profissional

Basil Bernstein (1924-2000) faz parte de um grupo seletivo de autores que perpassa por diferentes campos do conhecimento. Seus estudos percorrem caminhos que envolvem as áreas da economia, ciência política e educação (MAINARDES; STREMEZ, 2010). Durante sua trajetória acadêmico-profissional, o sociólogo inglês estabeleceu relações entre várias áreas do conhecimento, envolvendo a psicologia,

antropologia e a epistemologia, o que possibilitou que sua teoria venha sendo utilizada ao longo dos anos por diferentes áreas e contextos (MORAIS; NEVES, 2007). Na área da educação, especialmente, seus trabalhos iniciaram no ano de 1958, tendo o autor primeiramente se preocupado com o estudo da linguagem, principalmente sobre a aquisição e o uso por crianças de diversas classes sociais. Após este período e 20 anos mais tarde, direcionou seus trabalhos para a análise dos currículos de instituições de ensino, tendo sido incluído, desde então, como um dos principais autores que estudaram criticamente os currículos e seus processos de escolarização.

Como resultados de suas pesquisas, Bernstein (1986) elaborou uma teoria que refletia as relações de classe, de distribuição de poder e dos códigos de comunicação pedagógica, conceituando as regras que conformam o discurso pedagógico e suas variadas práticas. Seu trabalho voltou-se para a complexidade existente em torno das relações de classe no nível da política e da prática educacional, apontando para a forma como elas estabelecem limites sobre aquilo que é possível de ser realizado no contexto da prática, possibilitando perceber como as relações de dominação e de subordinação operam.

Avançando, até os anos 80 do século XX, direcionou seu trabalho para a compreensão dos diferentes princípios de transmissão e aquisição pedagógica, dos seus contextos de geração e das suas mudanças, mas foi na década de 80, com os avanços de sua investigação, que a análise do conteúdo transmitido passa a ser contemplada. Diante disso, a teoria da construção do discurso pedagógico, das regras de distribuição, recontextualização e avaliação e da sua base social foram elaboradas.

Em seu artigo sobre o Discurso Pedagógico, publicado em 1986, e em nova versão revisada e atualizada, em 1990, Bernstein colocou em foco a hipótese de que a orientação ideológica, os interesses e o modo de reprodução cultural estariam relacionados com as funções dos agentes, com o seu campo de localização e sua posição hierárquica (MORAIS; NEVES, 2007, p. 116). Cabe destacar que a obra do sociólogo inglês foi grande impulsionadora para este estudo.

A articulação entre os níveis macro e microestruturais de construção do conhecimento e suas interações pedagógicas perduraram em suas pesquisas, o que lhe permitiu propor um modelo teórico capaz de verificar as macros relações a partir de micro interações, admitindo a existência de relações de poder e de controle,

decorrentes da prática, representadas nas diferentes formas de comunicação (BERNSTEIN, 1998a).

A partir disso, Bernstein (1998a) criou uma linguagem que, ao originar descrições específicas das práticas e discursos das relações pedagógicas, possibilitaria o estudo dos processos concretos de transmissão e aquisição de conhecimentos, valores e formas de consciência. O teórico, mesmo priorizando o foco nas relações pedagógicas escolares, desejava que sua linguagem conceitual pudesse descrever qualquer relação pedagógica, portanto, sendo capaz de operar em outros cenários de aprendizagem, como a família, a relação médico-paciente, entre outros.

O autor desenvolveu uma teoria que explicasse como o currículo (das escolas) estruturalmente se organizava, procurando demonstrar de que forma os diferentes tipos de organização do currículo ligavam-se a princípios diferentes de poder e de controle. Seus achados afirmavam que o conhecimento educacional formal se realizava por meio de sistemas de mensagens: o currículo, a pedagogia e a avaliação. Para Bernstein (1998a), o currículo definiria o conhecimento considerado válido; a pedagogia, a transmissão válida do conhecimento (caminho, maneira) e a avaliação, as realizações consideradas válidas do conhecimento por parte dos estudantes. Tais sistemas de mensagens conjuntamente considerados “são modelados por princípios subjacentes que constituem o código do conhecimento educacional formal” (DOMINGOS et al., 1986, p. 155). Portanto, a forma como esse código se manifesta decorre dos princípios sociais que regulam a classificação e o enquadramento do conhecimento educacional formal.

3.2 Classificação e Enquadramento: relações de poder e formas de comunicação

Como já considerado anteriormente, as obras de Bernstein oferecem, sem dúvida, elementos importantes para compreender melhor o campo do currículo, sua organização, suas disputas e a prática pedagógica em si, além do que, possibilita a incursão em e entre variadas áreas.

Por outro lado, mesmo que regularmente seus conceitos venham sendo aplicados no meio escolar, os estudos têm demonstrado que são passíveis de serem utilizados em outros contextos, em diferentes categorias de agências e de agentes, em diferentes relações externas e internas.

Os conceitos de “classificação” e “enquadramento” são centrais na teoria do discurso e da prática pedagógica desenvolvida por Bernstein e servem para analisar relações de poder e de controle, respectivamente, caracterizando uma dada estrutura/contexto social. Bernstein sustenta que a forma como a sociedade seleciona, classifica, distribui, transmite e avalia o conhecimento educacional formal reflete distribuições de poder e controle social (MAINARDES; STREMELE, 2010).

A “classificação”, Bernstein empregou para compreender as relações de poder e descrever o grau de manutenção de fronteiras entre diversas categorias (agentes, espaços, instituições, profissões, disciplinas, discursos), podendo ser classificada como forte e fraca: forte quando há uma nítida separação entre as categorias, o que dá origem a hierarquias, ou seja, cada categoria tem um estatuto e voz específicos e, portanto, um determinado poder; fraca quando há um esbatimento das fronteiras entre as categorias, ou seja, quando o nível hierárquico dos agentes não é considerado forte (BERNSTEIN, 1998a).

Dessa forma, os limites entre as categorias sofrem influência das relações pedagógicas, portanto, as relações de poder são geradas, justificadas e reproduzidas, por meio dos discursos passíveis de serem produzidos nas relações pedagógicas. Assim, os princípios de classificação estabelecem e constroem o significado e a identidade de cada categoria, bem como os limites presentes nas relações pedagógicas.

Por outro lado, o “enquadramento”²⁶ se refere às formas de comunicação, às relações sociais entre as categorias, podendo, também, ser classificado como de forte a fraco: forte, quando as categorias com maior estatuto possuem o controle nessa relação; fraco, quando as categorias de menor estatuto tiverem maior controle nessa relação.

Portanto, entre os extremos das forças de classificações fortes e fracas e de enquadramentos fortes e fracos podem ocorrer, de um ponto de vista analítico, diferentes possibilidades de gradação, assim determinando o princípio regulador da transmissão ao nível geral, conforme figura a seguir:

²⁶ Esse princípio pode ser exemplificado a depender do formato que se dá o processo de comunicação entre preceptores e residentes, podendo haver enquadramento fraco quando há diálogo e interação entre si, ou, por outro lado, um enquadramento forte quando há rigidez e hierarquização nessa comunicação.

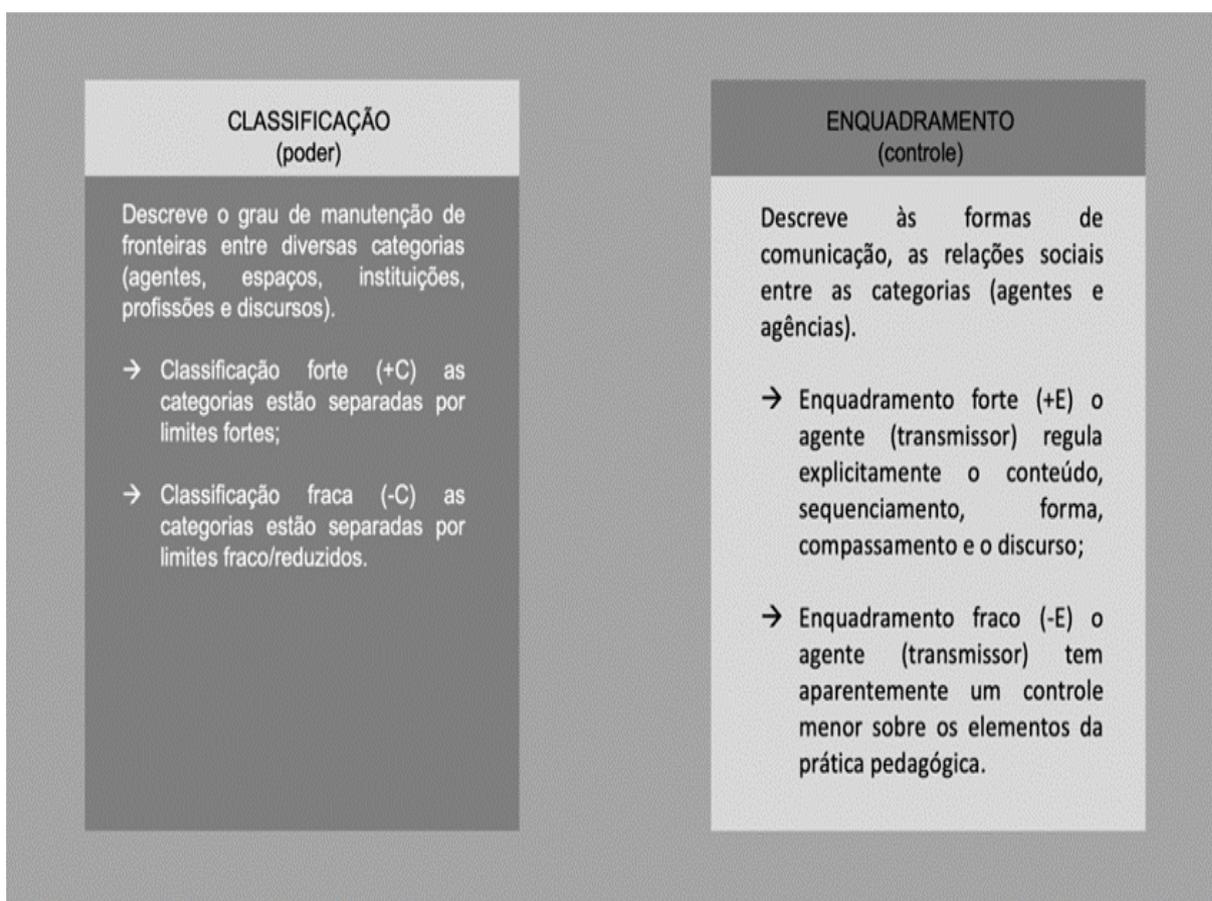


Figura 6 - Princípios de Classificação e Enquadramento segundo Basil Bernstein.
 Fonte: Construção da pesquisadora com base na teoria do Dispositivo Pedagógico de Basil Bernstein, 2022.

Bernstein (1998a), quando propôs o uso dos conceitos de “classificação” e de “enquadramento”, baseou-se em dois tipos ideais de estrutura social: 1. Em regras de reconhecimento, ou seja, regras de “manter as coisas juntas ou separadas”, que orientam sujeitos das relações pedagógicas quanto ao que deles é esperado, no contexto em que se encontram. 2. Quando estão “mantidas as coisas separadas”, ou seja, quanto mais acentuada essa separação for, mais forte será a classificação e o enquadramento que controlam a transmissão, e, neste caso, o controle é explícito e aparece como inerente a uma posição formal; e, quando “mantidas as coisas juntas”, significa dizer que o controle é implícito e aparecerá como inerente a uma pessoa e não a uma posição formal, ou seja, o estabelecimento de relações dentro desta regra encoraja comportamentos espontâneos, a manifestação das interações sociais e o seu questionamento (MORAIS; NEVES, 2007).

Atrás de uma dada classificação e de um dado enquadramento, encontram-se, respectivamente, as relações de poder e os princípios fundamentais do controle.

Portanto, a classificação traduz as relações sociais de poder, regulando o “quê”; e o enquadramento traduz as disposições de controle sobre as formas de comunicações nas relações pedagógicas, regulando o “como” dos significados produzidos nas interações comunicativas pedagógicas, controlando “a seleção, sequenciamento, compassamento e regras criteriosais” (BERNSTEIN, 1996).

Frente ao exposto, fortalece-se a proposição de se utilizar desses conceitos para refletir a partir das relações multiprofissionais e interdisciplinares que ocorrem nos PRAPS, entre agentes (tutores, docentes, preceptores e coordenadores) e agências (instituições de ensino e de saúde). Nesse sentido, podendo verificar como esses agentes se relacionam e se comunicam, permitindo reconhecer os diferentes graus de classificação e enquadramento, ou seja, diferentes graus de poder e controle.

3.3 O dispositivo pedagógico

O dispositivo pedagógico é proposto na teoria sociológica de Bernstein como um modelo para analisar o processo pelo qual uma disciplina, ou um campo específico de conhecimento, é transformado para constituir o currículo, os conteúdos e relações a serem transmitidas. Bernstein (1996) definiu o dispositivo pedagógico como:

(...) uma gramática para a produção de mensagens e realizações especializadas, uma gramática que regula aquilo que processa: uma gramática que ordena e posiciona e, contudo, contém o potencial de sua transformação (BERNSTEIN, 1996, p. 268).

Essa teoria baseia-se, fundamentalmente, na comunicação pedagógica. De acordo com Bernstein, um discurso não representa apenas um texto, ou um fenômeno linguístico, mas é articulado às práticas e às identidades dos sujeitos, assim como é submetido a mudanças e se constitui enquanto repertório que conforma as relações sociais. As regras intrínsecas do dispositivo pedagógico estão sujeitas à ideologia, uma vez que participam fundamentalmente da difusão, ou limitação de diversas formas de consciência, ou seja, o dispositivo pedagógico atua como regulador simbólico da consciência.

O dispositivo pedagógico, construído em relação com o dispositivo linguístico, corresponde a um conjunto de regras discursivas hierarquicamente relacionadas,

denominadas distributivas, recontextualizadoras e avaliativas, as quais estão conexas aos campos de produção do conhecimento, reprodução e recontextualização.

Através dessas regras, o dispositivo pedagógico fornece a gramática intrínseca do discurso pedagógico, que, para o autor, é um princípio de recontextualização de outros discursos que serão seletivamente transmitidos e adquiridos.

As regras distributivas tratam especificamente do campo de produção do conhecimento acadêmico, tendo a função de regular as relações entre poder, grupos sociais, formas de consciência e de prática, de modo que distribuem as formas de consciência mediante a distinção de duas classes de conhecimento – o impensável e o pensável (BERNSTEIN, 1998a, p. 58). O impensável é controlado essencialmente pelos que produzem os novos discursos, e o pensável, pelos que atuam no contexto da reprodução do discurso.

As regras distributivas manifestam-se sociologicamente no campo da produção do discurso, criando uma área especializada e dominada, predominantemente, pelo Estado, com regras igualmente especializadas de acesso e controle do poder.

As regras recontextualizadoras, fundamentais para a análise deste estudo, estão subordinadas às regras distributivas, e caracterizam o discurso pedagógico. Por meio da recontextualização, o discurso se desloca do seu contexto original de produção para outro contexto no qual é modificado e relacionado com outros discursos. Assim, o princípio recontextualizador, seletivamente, apropria, reloca, refocaliza e relaciona outros discursos, para constituir sua própria ordem e seus próprios ordenamentos (BERNSTEIN, 1996, p. 259). Desse modo, o discurso pedagógico é um princípio que tira um discurso de sua prática e contexto de origem e o recoloca de acordo com seu próprio princípio de focalização e reordenamentos seletivos. Nesse processo, o discurso original passa por uma transformação, criando um discurso imaginário, ou virtual, um discurso recontextualizado (MAINARDES; STREMELE, 2010). Diante disto, o discurso não é mais o mesmo, as ideias iniciais são inseridas em outros contextos que permitem releituras, reinterpretações, bem como mudanças nos significados originais. Assim, é produzido um conjunto de significados relacionados à ciência que tratam de um conhecimento o qual, em seu local de produção, é autoexplicativo, mas, ao ser tratado no contexto de prática, necessita ser mediado para fins de transmissão.

O discurso pedagógico apresenta duas tipologias, que estão inseridas e ligadas: a) o discurso instrucional (DI), que transmite as competências especializadas; b) o discurso regulativo, ou regulador (DR), que cria a ordem. Sendo assim, o discurso pedagógico não é um repertório de discursos, mas um conjunto de regras que relaciona e incorpora o discurso instrucional no discurso regulador, sendo este último o dominante.

Esse predomínio se desenvolve de tal modo na comunicação pedagógica que não se pode separar o discurso instrucional do regulador, apesar da não explicitação da existência deste último, na perspectiva de enfatizar a visibilidade da transmissão do discurso instrucional.

As regras de avaliação, por sua vez, são reguladas pelas regras de recontextualização; consistem nos princípios fundamentais de ordenação de qualquer discurso pedagógico, regulando a relação entre a transmissão e a aquisição dos discursos pedagógicos específicos, estabelecendo os critérios para a prática (BERNSTEIN, 1998a). Essas regras tratam da transformação do discurso pedagógico em prática pedagógica, por meio da especialização do tempo, do espaço e do texto produzido (BERNSTEIN, 1998a). Ainda, remetem a um princípio de ordenamento do discurso pedagógico que ocorre pela definição de um tempo e de um espaço determinado, que gerarão um determinado texto. Essas práticas pedagógicas compõem, inter-relacionam e regulam as possibilidades de dois princípios de comunicação que expressam o que o autor chama de “forma do contexto comunicativo”.

Assim, de acordo com a teoria bernsteiniana, é possível perceber que o discurso pedagógico é gerado por um discurso recontextualizador. Esse contexto recontextualizador organiza diversos campos que, em seu conjunto, é denominado de campo recontextualizador; atuando nele os agentes recontextualizadores com funções correlatas e de acordo com as regras distributivas.

Em síntese, a teoria do Dispositivo Pedagógico possibilita constatar que os meios discursivos estabelecem as representações e as identidades sociais dos agentes envolvidos.

Com referência ao campo recontextualizador, Bernstein faz distinção entre dois campos: o recontextualizador oficial (CRO) e recontextualizador pedagógico (CRP) –

campos intermediários entre o campo de produção do conhecimento e o campo de reprodução.

O CRO é o campo diretamente criado e controlado pelo Estado e seus agentes especializados, atuando na elaboração e na implementação das políticas educativas, sob influência do campo internacional, bem como na produção do Discurso Pedagógico Oficial.

O CRP, por sua vez, é constituído por pedagogos, pesquisadores de instituições de ensino e revistas especializadas. De modo semelhante ao CRO, “o CRP preocupa-se com os princípios e práticas que regulam o movimento dos discursos do contexto da produção para o contexto de sua reprodução” (MAINARDES; STREMELE, 2010, p. 14).

Ambos os campos são influenciados pelos campos da economia e do controle simbólico, e a sua principal atividade é a definição do “quê”, e do “como” do discurso pedagógico. Entre os dois, há disputas e tensões, que definem a autonomia da área educacional. Essa autonomia, que poderá ser maior ou menor, irá depender da capacidade de intervenção do campo recontextualizador pedagógico.

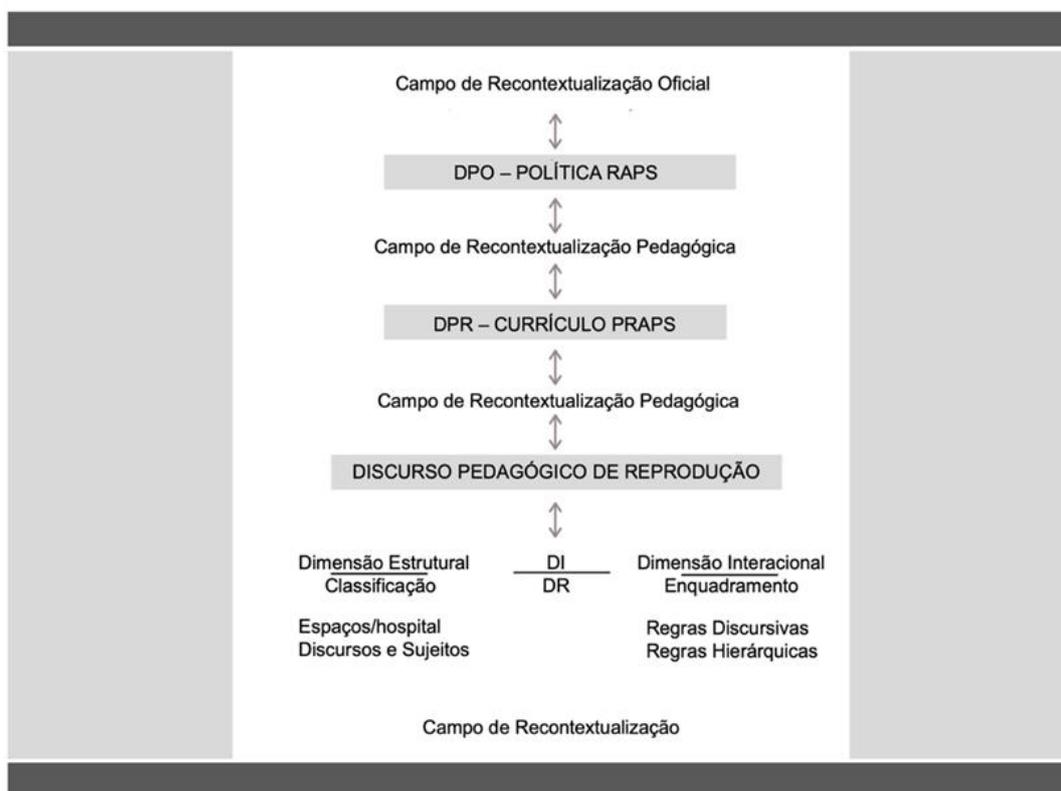


Figura 7 - Modelo do discurso pedagógico de Bernstein, adaptado para esta pesquisa e aplicado à Política Curricular dos Programas de Residência em Área Profissional da Multiprofissional. Fonte: Elaborado pela autora, com base na teoria Bernsteiniana (2016), 2022.

Partindo do modelo do discurso pedagógico de Bernstein (Figura 5), é possível considerar o discurso pedagógico oficial como o resultado de um conjunto de relações que se estabelecem entre vários campos envolvidos na geração, recontextualização e reprodução. Essas relações demonstram que o discurso pedagógico oficial reflete os princípios dominantes, que são gerados no Campo do Estado sob a influência de outros Campos (Internacional e de produção) e do controle simbólico²⁷. Entretanto, o modelo destaca também que o discurso pedagógico não é um simples reproduzidor desses princípios. Aos vários níveis do aparelho pedagógico oficial podem ocorrer recontextualizações que, possibilitando certa mudança, fazem com que o discurso que é reproduzido não corresponda exatamente ao discurso que é produzido (NEVES; MORAIS, 2000, p. 213).

A produção e a reprodução do discurso pedagógico abrangem processos dinâmicos, entendendo que os princípios dominantes transmitidos pelo discurso regulador geral geram relações de conflito. Além disso, agentes recontextualizadores, como tutores, docentes, preceptores e coordenadores podem se sentir incapazes, ou resistentes, em reproduzirem o código de transmissão educacional, subjacente ao discurso pedagógico oficial.

No contexto da RAPS, o PP corresponde a um texto oficial, guiado por meio das orientações legais produzidas pelo MEC, contendo, na sua mensagem, princípios e normas que constituem o Discurso Regulador Geral (DRG) e que caracteriza um determinado contexto sociopolítico. Contudo, o mesmo Programa, enquanto discurso pedagógico oficial (DPO), poderá conter, simultaneamente, uma ou mais mensagens que refletirão o conjunto de opções as quais, neste nível (e influenciadas pelos diversos campos referidos), se apresentam mais adequadas a um determinado contexto educacional.

Entre essas opções, surgem os discursos e competências que devem ser adquiridos, a forma de interação pedagógica que deverá estar presente na relação preceptor/tutor/docente/coordenador de Programa, a natureza das relações entre os

²⁷ O controle simbólico é o meio pelo qual a consciência recebe uma forma especializada e é difundida por meio de formas de comunicação, as quais estão carregadas de relações de poder e categorias culturais dominantes. O campo de controle simbólico é formado por um conjunto de agências e agentes que controlam os meios, contextos e possibilidades dos recursos discursivos nas agências do campo do controle simbólico (BERNSTEIN, 1996).

diferentes conhecimentos dispostos no currículo (disciplinas), em seus textos²⁸ e, ainda entre os diferentes profissionais de saúde (multiprofissionalidade).

Com base nesse quadro teórico, considero que, no texto do PP da residência, poderá conter referências explícitas a normas de conduta social relacionadas com o DRG e que representam o contexto sociopolítico em que o Programa foi elaborado, ainda que o mesmo texto possa diferir na ênfase dada a esse discurso e na valorização relativa que atribuem aos discursos instrucional e regulador específicos, bem como na valorização relativa que é atribuída a cada um (NEVES; MORAIS, 2000, p. 215).

3.4 Currículo

Para esta proposta, pretendo apresentar a concepção teórica que elegi para descrever o currículo, a fim de que, posteriormente, sirva de ferramenta necessária para dar consistência às análises futuras.

Nessa senda, assumo que o currículo é um processo político, resultado de circularidade de textos e discursos e que, fundamentalmente, expressa princípios e concepções teóricas de um determinado tempo histórico, fazendo-se necessária, para compreender a implantação de uma política curricular, a forma como esse currículo é produzido. Com isso, busco uma construção teórica que leva em conta a concepção de currículo para além de uma visão pragmática e técnica, e, para tanto, apresento alguns autores que tratam do assunto, e que inspiraram as concepções que adotarei neste estudo.

Entendo que o currículo é considerado como um ambiente simbólico, material, humano e que, constantemente, é reconstruído (APPLE, 1999, p. 210). O currículo estabelece uma estreita relação com os valores e as ideologias da cultura na qual ele se organiza; portanto, não é neutro. Suas significações expressam as relações entre classes sociais presentes no cotidiano das instituições que, por sua vez, dependem da visão de mundo, sociedade, e do homem que se espera formar (SACRISTÁN, 2000).

²⁸ Texto é uma realização característica e particular do discurso pedagógico. Possui tanto um sentido literal quanto ampliado. “Ele pode designar o currículo dominante, a prática pedagógica dominante, mas também qualquer representação pedagógica falada, escrita, visual, espacial ou expressa na postura ou na vestimenta” (BERNSTEIN, 1996, p. 243).

Nessa perspectiva, considero também, que o currículo é um campo em disputa, uma arena política, em que estão envolvidos crenças, subjetividades, interesses e relações de poder (LOPES, 1999) e que não se reduz, simplesmente, ao contexto escolar (SANTOMÉ, 1998).

O currículo é um local em que, ativamente, se produzem e se criam significados sociais, significados que não se dão apenas no nível da consciência pessoal ou individual, mas que institui preceitos e paradigmas que influenciam diretamente o pensar e agir dos que o constroem. Portanto, podendo-se afirmar que é um dos principais instrumentos educacionais de inserção na cultura de uma sociedade (SILVA, 2010).

Insurge num terreno de constantes embates, de conflitos simbólicos e culturais, necessidades de legitimação e de controle (GOODSON, 2012; LOPES, 1999), portanto, é a expressão das tensões entre os sujeitos, podendo, por vezes, representar o empoderamento de um determinado grupo, a depender dos interesses que circulam e do tipo ao qual pertencem.

Sendo assim, o currículo pode representar acordo sobre as necessidades essenciais e aspirações dos sujeitos, voz e empoderamento de um grupo, de uma categoria profissional, determinado contexto e tempo histórico; por outro lado, apenas como estratégia de poder de um grupo minoritário, podendo se tornar silêncio e submissão. Ouso afirmar que este campo reúne especificidades políticas e ideológicas, que envolvem ações sucessivas de acomodações, conflitos e de lutas de classe, quer para a imposição, ou sustentação da hegemonia.

Lopes (2004a), quando trata do assunto, afirma que toda política curricular é uma política cultural, já que o currículo é resultado de uma seleção da cultura e é um campo conflituoso de produção de cultura, de embate entre sujeitos, concepções de conhecimento, formas de entender e construir o mundo, que implica um processo permanente de seleção e de produção de saberes, de valores, de símbolos e de significados (LOPES, 2004a, p.111).

A produção da política curricular envolve processos de negociação complexos, e que vão além das instâncias governamentais, pois o contexto da prática, em que elas são colocadas, também são geradoras de sentidos para essas políticas, e seus efeitos estão condicionados por questões institucionais e disciplinares (BALL; BOWE, 1992).

Estudos de Apple (1982, 1999, 2003, 2009), Ball e Mainardes (2011) consideram que os sujeitos do campo da prática não são meros operadores das políticas curriculares e que, portanto, a produção de currículo no contexto da prática se dá numa relação direta entre a legislação e o momento da operacionalização dos textos políticos via trabalho de quem os opera.

Portanto, reconheço que, assim como sustenta Ball, os textos das políticas oficiais são documentos de trabalho de agentes e sofrem interpretações nas práticas diárias. Por isso, os textos políticos não estão fechados, seus significados não estão fixados, pelo contrário, são passíveis de contestações (BALL; BOWE, 1992). As políticas implicam permanentemente um constante processo de interpretação das interpretações; sua operacionalização está carregada de histórias e concepções pedagógicas particulares, o que infere significativamente na forma com que elas são operadas (BALL, 1994). Logo, os textos das políticas, ao circularem, poderão ser reduzidos, fragmentados, alguns podendo ser valorizados mais do que outros, e associados a novos textos, por sua vez, ressignificados, refocalizados (BALL; BOWE, 1992) e recontextualizados (BERNSTEIN, 1996).

Por esse ângulo, a política deve ser entendida como texto, mas também como discurso, simultaneamente, concebido o texto como representações que são codificadas e decodificadas e que sofrem influências, mais ou menos legítimas (BALL, 1994). Quando os textos sofrem as influências legitimadas, assevera Ball (1994), ocorrem disputas, compromissos, interpretações e reinterpretações na negociação pelo controle dos sentidos e significados a depender de quais contextos e leituras os agentes da política carregam.

Quanto ao discurso, a política envolve práticas que constituem os objetos dos quais falam e que se juntam ao que pode ser dito, para quem, quando e com que autoridade. Segundo Lopes (2006), nenhum discurso pode ser compreendido fora das relações materiais que o constituem, ainda que tais relações materiais transcendam a análise das circunstâncias externas ao discurso.

Nesse caso, argumenta Lopes (2006), o discurso não se reduz apenas à linguagem, já que compreende o conjunto da vida humana social significativa, incluindo a materialidade das instituições, práticas e produções econômicas, políticas e linguísticas. Na medida em que são variados os produtores de textos e discursos

(governos, instituições, grupos sociais...), com poderes assimétricos, são múltiplos os sentidos e significados em disputa (LOPES, 2006).

Stephen Ball (2001) fundamenta que a produção dessas políticas de currículo não implica um simples processo de formulação de textos seguida da prática. Ball assegura que a produção de políticas de currículo se dá por meio de um ciclo, e os identifica por meio de contextos²⁹, configurado num processo dialético entre os momentos de influência, legislação e prática (BALL, 2001; LOPES, 2004b). O currículo sofre influência de discursos curriculares nacionais e internacionais, envolve textos curriculares oficiais e que envolvem a formulação e legislação dos governos, e as intenções governamentais produzidas nos textos oficiais e da prática, quando são significados por agentes e agências.

No contexto da prática, assegura Ribeiro (2012), há diversos aspectos implicados, produto de diferentes leituras e interpretações, reflexo do contexto institucional, das condições materiais, da trajetória histórica e das próprias linhas pedagógicas adotadas. Ribeiro (2012) descreve que:

(...) a produção de currículo no contexto da prática está sujeita à interpretação e tradução dos textos curriculares oficiais em práticas diárias oriundas de releituras feitas, levando-se em consideração a escola (suas condições materiais, sua linha pedagógica), as subculturas disciplinares (status da disciplina, objeto de estudo amplo ou restrito) e os professores (suas adaptações, experiências de vida, concepções pessoais, limites e possibilidades que estabelecem) (RIBEIRO, 2012, p. 207).

Basil Bernstein (1996) conceitua o currículo como um conjunto de conhecimentos selecionados e organizados de acordo com os códigos de poder e controle, e que está baseado nos dois princípios regulativos, a classificação e o enquadramento, abordados anteriormente. A “classificação”, como apresentado no capítulo anterior, se refere às relações entre diferentes categorias, isto é, identificando se a relação entre elas é mais ou menos integrada; e o enquadramento se refere ao controle nas relações sociais. Portanto, quanto maior o controle do processo de

²⁹ Stephen Ball (2001), ao teorizar sobre essa dinamicidade, defende a existência de três contextos políticos primários: a) o contexto de influência, quando normalmente as definições políticas são iniciadas e os discursos políticos são construídos; momento em que as disputas acontecem entre o que ou quem influencia, sejam eles governo, agências multilaterais, governos de outros países etc. b) contexto de produção dos textos das definições políticas, sendo aqui determinado o poder central, que está estreitamente ligado com o primeiro contexto; e c) contexto da prática, em que as definições curriculares são recriadas e reinterpretadas, ou seja, postas em prática.

transmissão, maior é o enquadramento, ou seja, maior é o controle do tempo, do ritmo, do que pode ser dito ou não, como, por quem e quando.

Por conta disso, Bernstein identifica uma nova classificação da estrutura curricular, podendo se apresentar na forma de coleção, ou integração. Seu estudo não demonstrou preocupação com o “conteúdo” propriamente dito do currículo, mas sim, nas relações estruturais (poder e controle) entre os diferentes tipos de conhecimento (SILVA, 2010).

Nos currículos do tipo coleção, a classificação das disciplinas, o controle do tempo e do espaço das relações pedagógicas³⁰ são bastante rígidos. Os sujeitos dessas relações têm suas funções fortemente definidas, permanecendo isolados, o que, de certa forma, favorece a hierarquização das relações. Nos parâmetros de Basil Bernstein (1996, 1998a), essa forma curricular possui alto grau de enquadramento e classificação. Nos currículos integrados (integração), há uma maior flexibilidade nas fronteiras disciplinares; os sujeitos já não tendem ao isolamento. As relações pedagógicas, de organização de tempo e espaços são ressignificadas, favorecendo relações mais horizontais e estimulando o diálogo entre os sujeitos. A integração coloca disciplinas e cursos isolados numa perspectiva relacional, de modo que o enfraquecimento dos enquadramentos e das classificações do conhecimento escolar possibilite maior interação entre as partes envolvidas, minimizando, assim, a visão hierárquica e dogmática do conhecimento. Nesse caso, o conteúdo deixa de ter uma significação individual, passando a assumir uma importância relativa. Bernstein, quando utilizou o termo integração, validou-o como objeto final da interdisciplinaridade.

Beane (2003) também sustentou essa ideia, podendo-se estabelecer algumas relações com as concepções de Bernstein, considerando que o conhecimento é um instrumento dinâmico. Nessa conformidade, assegura o autor, o conhecimento é um tipo de poder que auxilia as pessoas a terem certo controle sobre as suas próprias vidas. “Quando o conhecimento é visto como uma simples coleção de fragmentos (...) organizados por disciplinas separadas, a sua utilização e o seu poder estão confinados pelas suas próprias fronteiras (...)” (BEANE, 2003, p. 97).

³⁰ O conceito de prática pedagógica, utilizado para este caso, é mais amplo do que a prática que ocorre no interior das escolas, já que abrange outras relações que envolvem processos de produção e reprodução cultural a exemplo das relações existentes entre médicos e pacientes, profissionais de diferentes áreas e etc.

Outros autores vão no mesmo sentido de Bernstein (1996, 1998a) e Beane (2003). Lopes e Macedo (2002, p.147) entendem que a integração curricular não pressupõe a inexistência da estrutura curricular por disciplinas, ou seja, ela preserva o conhecimento, enquanto produção no interior de uma área específica, a fim de propiciar a confluência de diferentes conhecimentos curriculares disciplinares, porém, sem fragmentá-los.

Portanto, ao conceber as concepções teóricas acima apresentadas em relação ao currículo, reconheço que, em se tratando da proposta pedagógica, especialmente para o estudo das RMS, o currículo integrado possibilita mais aproximação à proposta, já que se mostra suscetível a maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua operacionalização.

A prática pedagógica decorrente desse tipo de currículo permite uma intervenção educativa pautada em relações horizontais e em trocas de experiências, o que enseja o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional. Portanto, entendo que os aportes teóricos mencionados poderão ser produtivos para o desenvolvimento deste estudo.

4 O DISPOSITIVO DO TRABALHO EM EQUIPE, RELAÇÕES DE PODER E FORMAS DE COMUNICAÇÃO: PROPONDO DUAS TIPOLOGIAS

Frente ao exposto, e ao assumir uma postura metodológica hibridizada, que transita pelos campos da educação e saúde, reúno duas concepções teóricas, abordadas anteriormente, na perspectiva de criar duas tipologias que me auxiliem a reconhecer o perfil dos PRAPS estudados, tendo em vista as características centrais para essa modalidade: a integralidade do trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade. A primeira concepção teórica se refere à multiprofissionalidade, empregada por Peduzzi (1998; 2001; 2009; 2012; 2013; 2015; 2016a, 2016b), anteriormente apresentada, e a segunda concepção se refere aos conceitos de Integração e de Coleção produzidos por Basil Bernstein.

Para melhor explicar a proposição, reúno as duas posições teóricas, a seguir. Peduzzi, quando expõe o conceito de trabalho em equipe e propõe uma tipologia sobre trabalho multiprofissional em saúde (bem como os critérios de reconhecimento de tipos de equipe), apresenta duas modalidades: equipe agrupamento e equipe integração.

A primeira, equipe agrupamento, posiciona a autora, pressupõe o trabalho de diferentes profissionais e que, ao operarem diferentes tecnologias, aqui consideradas como serviços e processos, detêm assimetria de relações, assim como envolvem relações de poderes e de saberes; e a segunda, equipe integração, contrapondo a anterior, implica compor uma trama de atos negociados e articulados entre os agentes,

superando a posição de disputa e passando para a de complementação frente aos processos de trabalho (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016a).

Por outro lado, utilizo referenciais de Bernstein (1996, 1998a) quando desenvolve os dois conceitos relacionados aos processos de trabalho e às práticas pedagógicas, porém no campo do currículo: classificação e enquadramento. Assim como Santos (2003), diversos autores referem os conceitos de “classificação” e “enquadramento” como ferramentas importantes para entender as disputas em torno de diferentes categorias (SANTOS, 2003, p. 46). Neste caso, retomo que, no currículo integração, as disciplinas e cursos ficam posicionados numa perspectiva relacional; o conhecimento acadêmico ocorre por meio do abrandamento dos enquadramentos e das classificações, permitindo maior iniciativa de agentes envolvidos, maior integração dos saberes escolares com os saberes cotidianos, eliminando a visão hierárquica e dogmática do conhecimento. No entanto, posiciona Bernstein, o currículo de coleção coloca as disciplinas e cursos justapostos e hierarquizados, consequência de uma “classificação forte”, os conteúdos isolados uns dos outros sem qualquer relação (reflexo de outras separações e hierarquizações no mundo da produção), assim como de um “enquadramento forte”, no qual existe um grau mínimo de controle de professores e alunos sobre o conhecimento.

Portanto, a correlação teórica estaria:

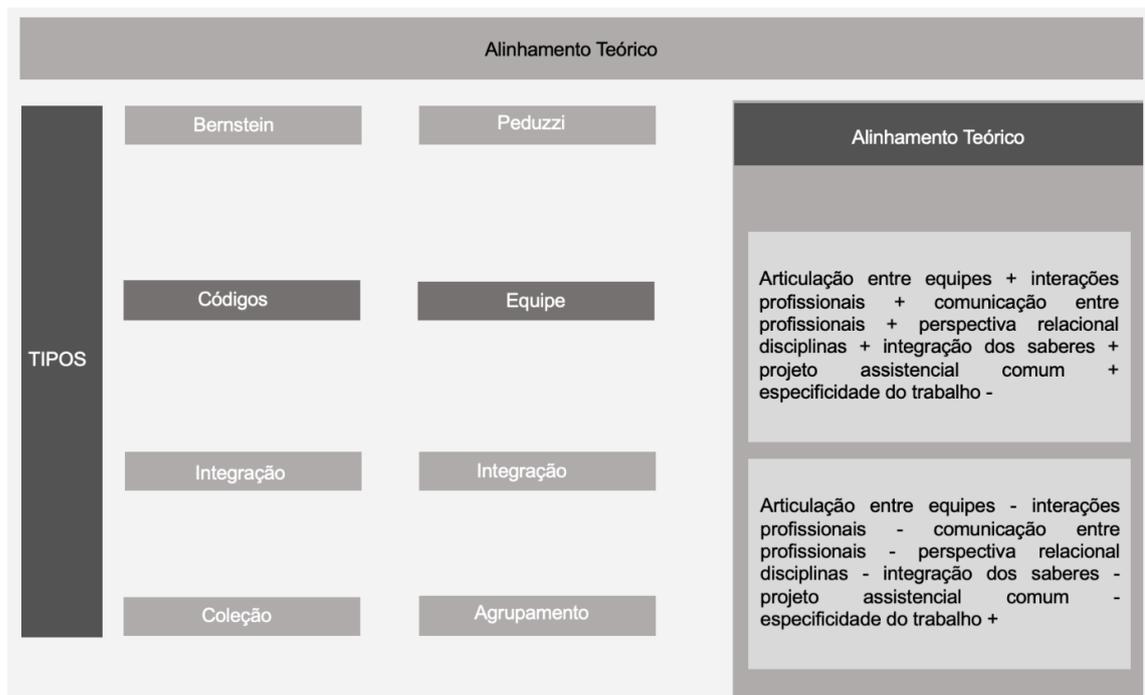


Figura 8 - Alinhamento Teórico: Basil Bernstein / Marina Peduzzi
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Contudo, mesmo trabalhando com conceitos que se opõem, não pretendo eleger um tipo, já que entendo não existir um modelo de PRAPS ideal. No entanto, proponho identificar os tipos de Programas estudados de forma a reconhecê-los por meio de um número de características abstraídas do fenômeno. Desse modo, ao fornecer esses recursos, identificando as presenças, ou ausências de características, entendo que me levarão a compreender e analisar melhor o fenômeno.

Os conceitos propostos para o estudo são princípios que geram um grupo de relações, nas quais qualquer forma em que eles se apresentem pode ser apenas uma das formas reguladas por tais princípios. Bernstein contribuiu para sustentar este texto de tese, quando fundamenta que as dicotomias estão relacionadas com as fronteiras, com as formas com que determinadas coisas estão colocadas, se juntas ou separadas (BERNSTEIN, 1996, p.126-127). Para Bernstein, segundo estudos de Santos (2003),

(...) as interações relacionadas ao princípio de enquadramento têm um potencial para mudar a classificação, ou seja, mudanças nas formas de controle podem resultar em mudanças nas relações de poder. Como as formas de controle se relacionam com as interações dos sujeitos, estes podem mudar por negociações/resistências o tipo de enquadramento, o que pode vir a alterar as relações de poder que estabelecem as fronteiras entre os grupos sociais e entre as formas de conhecimento, por exemplo (SANTOS, 2003, p. 39).

Contudo, mesmo fazendo uso das concepções teóricas dos autores Peduzzi e Bernstein, propondo um alinhamento teórico que me possibilite reconhecer o perfil de um PRAPS³¹, e perceber, ainda, limites e incompletudes para as práticas multiprofissionais e interdisciplinares. Considero que estes termos, enquanto saberes pré-estruturados, nas práticas dos PRAPS, se apresentam numa perspectiva a qual, historicamente, tende a um formato uniprofissional e disciplinar.

³¹ Se com tendência à integração, ou com tendência à coleção-agrupamento, a depender do nível de relação entre agentes (entre profissionais) e agências (entre disciplinas), e seus princípios de classificação (poder) e enquadramento (controle).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização do Estudo

Reconheço que a pesquisa é um processo ativo que envolve o pesquisador numa busca incessante por respostas que surgem nos entremeios das leituras e na dinâmica com o encontro aos possíveis achados. E foi a partir da formulação do problema de pesquisa que o marco teórico-metodológico se constituiu como o “caminho do pensamento” orientando o estudo (MINAYO, 2016).

Cercada por minhas escolhas teóricas, me desafiei a elaborar a(s) resposta(s) ao problema de pesquisa, e para tanto, percorri o seguinte caminho: a fundamentação metodológica deste estudo se caracteriza pela abordagem qualitativa, por meio do delineamento estudo de casos múltiplos, de cunho exploratório e transversal. Elegi o enfoque na abordagem qualitativa, considerando que esta ofereceu elementos para investigar a política curricular das RAPS.

A pesquisa qualitativa, nessa perspectiva, veio sustentar a busca pelo objeto de estudo, já que reconheci que, ao ter me desafiado a encontrar possíveis respostas, assumi uma postura aberta e flexível, uma vez que este tipo de pesquisa parte da noção da construção social das realidades em estudo, e se interessa, fundamentalmente, nas perspectivas dos participantes, em suas práticas e em seu conhecimento cotidiano (FLICK, 2009b, p. 16).

O estudo de casos múltiplos foi escolhido como estratégia para subsidiá-lo, já que, neste trabalho, preservei as características significativas dos fenômenos

individuais, organizacionais, sociais e políticos dos agentes envolvidos nos PRAPS, reconhecendo que ao utilizar esse método foi possível “representar uma maneira de investigar um tópico empírico, seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados” (YIN, 2015). Com esse método, foi possível investigar como se deram alguns dos processos individuais e coletivos, organizacionais e administrativos, bem como seus elementos e variáveis dos agentes e agências que participaram do estudo. Minha intenção foi atingida quando foi possível tornar compreensível o caso, através da particularização (STAKE, 1999), ou seja, procurando analisar como os envolvidos na investigação recontextualizaram em suas práticas a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

5.2 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 14 sujeitos, pertencentes aos dois PRAPS. A seleção dos participantes se deu por amostragem intencional (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013) com vistas a contemplar os núcleos profissionais do PRAPS comuns aos dois Programas (enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia), e também abarcar representantes de todas as categorias de agentes do PRAPS (tutores, docentes, preceptores e coordenadores de Programa).

Como critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa, foram escolhidos os seguintes: ser profissional da saúde envolvido nos PRAPS, ocupando cargo de Coordenador, Tutor de Campo, Preceptor e Docente do Programa; ter atuado em ações educacionais³² em instituição de ensino-assistencial de nível superior por mais de 1 ano, comprovado no currículo lattes.

Foram excluídos os sujeitos que fossem da área médica ou de outra área profissional que não da saúde.

Todos os participantes acima relacionados são figuras essenciais no processo de tradução do texto da política para a prática, afinal, entendo que são eles os principais protagonistas responsáveis pela formação dos residentes. Dessa forma, entrevistá-los, neste contexto de pesquisa, significou dar voz e significado a essa política.

³² Essas ações educacionais, nas instituições de saúde (assistenciais) correspondem às atividades de educação permanente e/ou continuada.

Os sujeitos da pesquisa representaram diferentes áreas profissionais da saúde envolvidas nos Programas, o que possibilitou desvelar particularidades e especificidades de cada profissão e suas relações interinstitucionais. Ressalta-se que, para manter a proporcionalidade dos núcleos profissionais, foi mantido um participante preceptor por área profissional de cada Programa, tendo apenas um, da área de farmácia que não participou da pesquisa a tempo.

Quanto à definição do número de participantes, deu-se através do critério de saturação³³ (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Os participantes da pesquisa foram os coordenadores dos Programas envolvidos, que totalizam dois coordenadores. Os tutores e os docentes, quatro participantes de cada categoria, dois de cada Programa, totalizando oito, e os preceptores foram sete dos oito envolvidos, que corresponderam aos responsáveis pela área profissional e por Programa (Quadro 2).

Dos 18 participantes previstos, houve participação de 14 profissionais e 15 entrevistas realizadas, já que quatro participantes ocupavam papéis simultâneos (um entrevistado participou de duas entrevistas por estar em programas distintos e o outro não conseguiu participar)³⁴, conforme quadros demonstrados (Quadros 2 e 3) abaixo. Quadro 2 - Participantes da Pesquisa: Coordenadores, Tutores, Docentes e Preceptores do PRAPS – HC - UPF.

Categoria	Previstos	Efetivos
Coordenador	2	2
Tutor	4	4
Docente	4	4
Preceptor	8	7
Total	18	17 ³⁵

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

No quadro abaixo, apresenta-se a distribuição dos participantes por programa, categoria e a área de concentração, demonstrando os profissionais que ocupavam mais de uma categoria. Cada participante foi identificado pela letra P e recebeu um número.

³³ Estando presentes todos os membros da categoria atendendo aos critérios mínimos de participação.

³⁴ Um preceptor não participou, justificando a dificuldade de conciliar horários profissionais e pessoais, tendo preenchido apenas a ficha sociodemográfica e enviado o currículo. Neste caso, optou-se por não contabilizar estes dados.

³⁵ Considerando as funções duplicadas.

Quadro 3 - Identificação dos Participantes da Pesquisa: Coordenadores, Tutores, Docentes e Preceptores do PRAPS – HC- UPF

Programa	Categoria	Identificação do Participante
Urgência e Emergência	Coordenador	P01
	Tutor	P01 P02
	Docente	P02 P03
	Preceptor	P04 P05 P06
Atenção ao Câncer	Coordenador	P07
	Tutor	P08 P09
	Docente	P10 P11
	Preceptor	P01 P13 P14 P03

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

5.3 Instrumentos e procedimentos de produção de dados

Quadro 04 - Alinhamento dos objetivos da investigação com a coleta e análise dos dados

Objetivos da Investigação	Corpus de Dados	Estratégia de Análise
Identificar o Discurso Pedagógico oficial com base no texto da política curricular da Residência em Área Profissional da Saúde, no que concerne à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade.	Portaria Resolução Lei	Pesquisa de Texto no webQDA
Analisar como o Discurso Pedagógico oficial está sendo recontextualizado nos PPs e respectivos currículos dos Programas de Residência em Saúde – modalidade multiprofissional – vinculados a um hospital, quanto à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade.	Projetos Pedagógicos	Pesquisa de Texto e Nuvem de Palavras no webQDA
Identificar discursos profissionais sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas no âmbito da Residência em Área Profissional da Saúde, de modo a traduzir o processo de recontextualização da política curricular proposta nos PPs e respectivos currículos dos Programas, em especial no que se refere à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade.	Entrevistas	Análise Temática por meio de códigos árvore do webQDA
Comparar as práticas ensino-assistenciais de tutores, docentes, preceptores e coordenadores, desenvolvidas em Programas que ocorrem, concomitantemente, em um mesmo hospital relativo à existência ou não de uma instituição formadora.	Entrevistas	Análise Temática por meio de códigos árvore do webQDA
Comparar os discursos profissionais de tutores, docentes, preceptores e coordenadores, desenvolvidos em Programas que ocorrem, concomitantemente, em um mesmo hospital relativo à existência ou não de uma instituição formadora.	Entrevistas	Análise Temática por meio de códigos árvore do webQDA

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

5.3.1 Documentos governamentais oficiais e legislações que regem o funcionamento dos PRAPS

Foram acessados três documentos governamentais oficiais, que compõem a Política das RAPS e que serviram de instrumento de materialização das propostas pedagógicas (FLICK, 2009b), conforme os entrevistados. São eles a Lei que institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005a) (Anexo A); Portaria que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNMRS (BRASIL, 2021b) (Anexo B); Resolução que dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde (2012a) (Anexo C).

Os documentos representaram uma versão específica de realidades construídas para objetivos específicos e foram vistos e analisados como “dispositivos comunicativos” (FLICK, 2009a, p. 234).

5.3.2 A escolha dos Programas: considerações

Como justificado anteriormente, esta tese concentrou-se em uma arena social que envolve relações de poder, sobretudo por se organizar estruturalmente vinculado a agências e agentes com diferentes interesses profissionais e institucionais. A caracterização das unidades proponentes, bem como a prática e os discursos produzidos por agentes, foram objeto de análise e, portanto, cabe afirmar que as relações estabelecidas entre eles tendem a sofrer “tensionamentos e conflitos de interesse em luta por domínio” (LEITE, 2003, p. 133).

Os Programas eleitos ³⁶ para este estudo, como já foi dito, possuem instituições proponentes distintas, e envolvendo dois campos³⁷: uma instituição de

³⁶ Este estudo se deu em um Hospital de Ensino, localizado no Município de Passo Fundo/RS que possui dois Programas de RAPS financiados pelo MS. O primeiro implantado a partir de 2014 através da Portaria Conjunta nº 11 de 18 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013b), e o segundo, a partir de 2018 por meio da Portaria nº 33 de 22 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018). Esses Programas possuem distinções em suas instituições proponentes: um programa está vinculado à instituição formadora a Universidade de Passo Fundo (UPF) e, como uma das instituições executoras o Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HC) e o outro Programa tem o HC como instituição formadora e executora.

³⁷ Aqui apresento duas distinções para estes campos: um é o campo de exercício do ensino, e o outro, o campo de exercício dos serviços, respectivamente, a Universidade e o Hospital.

ensino (Universidade) – Fundação Universidade de Passo Fundo (UPF) e uma, instituição de serviço (unidade de saúde hospitalar) – Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HC).

Por essa razão, diferentes elementos discursivos emergiram, resultantes dessa condição, colaborando para os achados da pesquisa e sinalizando questões importantes relacionadas ao dispositivo pedagógico, especialmente, frente à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade.

Isso posto, fortaleceu a necessidade da problematização central deste trabalho, que se propôs a verificar como vem sendo recontextualizada a política curricular de PRAPS, a partir das percepções de agentes recontextualizadores, apostando que um estudo norteado por tal questionamento poderá evidenciar, também, se há interferência a depender do tipo de instituição, sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

A escolha dos Programas se deu pela proximidade com grande parte dos participantes³⁸, e a minha localização geográfica na época do desenvolvimento do projeto de pesquisa. Com relação ao número de Programas, por se tratar de um estudo de casos múltiplos e o objeto de análise ser as percepções de profissionais sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, dois seriam adequados para que os dados fossem analisados com maior profundidade.

5.3.3 Realização das entrevistas

Inicialmente, foi enviado e-mail aos coordenadores dos dois PRAPS apresentando as intenções, os objetivos e os critérios mínimos para a participação dos agentes no estudo, assim como a relevância da participação desses para contribuir na qualificação da política das RAPS.

Após a resposta favorável recebida por e-mail, realizou-se contato telefônico com os coordenadores para confirmar a participação, solicitando a lista dos possíveis agentes aptos, o apoio para o envio por e-mail da ficha sociodemográfica preenchida (Apêndices A), TCLE (Apêndice C), e do currículo lattes atualizado, além da data e do

³⁸ Houve uma preocupação inicial em razão da Pandemia (COVID19). O formato de aplicação das entrevistas que havia sido planejado presencialmente precisou ser substituído pela modalidade a distância, podendo interferir na adesão, participação e aproximação dos participantes comigo.

horário disponível para que a entrevista fosse realizada, a partir de um calendário disponibilizado.

Selecionados os participantes, deu-se início à etapa das entrevistas que ocorreu na modalidade online³⁹, tendo em vista o momento de pandemia COVID-19⁴⁰.

Mediante o retorno por e-mail dos participantes contendo os instrumentos preenchidos e devidamente assinados, começaram os encontros online que ocorreram entre o período de maio a agosto de 2021.

As 19 (dezenove) questões abertas que constituíram o instrumento da entrevista semiestruturada (Apêndice B) tiveram como ênfase a busca pelas percepções de coordenadores, preceptores, docentes e tutores em relação à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade. O roteiro de entrevista passou por um teste piloto⁴¹ com uma coordenadora de PRAPS, não foi envolvida na pesquisa, o que permitiu a avaliação do instrumento de coleta de dados frente aos objetivos propostos.

Foram realizadas 15 entrevistas de 45 minutos em média, chegando a quase 11 horas de encontros. A estrutura dos encontros se deu no seguinte formato: boas-vindas e o agradecimento pela participação; aviso de que a entrevista estaria sendo gravada, solicitando, novamente, autorização para o uso dos dados e conforme assinado no TCLE⁴²; ênfase para que respondessem às questões conforme os respectivos PRAPS, salientado que outros questionamentos, se surgissem, seriam considerados; e leitura do TCLE.

O formato das questões abertas contribuiu para que novas questões surgissem. Os participantes foram estimulados a responder às questões tomando por princípio suas experiências profissionais e acadêmicas. Todas as entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados e transcritas na íntegra para análise dos dados.

³⁹ A ferramenta utilizada para a realização das entrevistas online foi a plataforma de reunião virtual Zoom Meetings. Um serviço de conferência remota "Zoom Meetings" que combina videoconferência, reuniões online, bate-papo e colaboração móvel. O Zoom Meetings oferece a opção de uma conta gratuita, a qual foi possível criar facilmente apenas registrando um endereço de e-mail e uma senha

⁴⁰ Os programas de residência desde 2019 tiveram que se adaptar a nova forma de trabalho; a maioria das atividades profissionais e acadêmicas passou a ocorrer na modalidade a distância.

⁴¹ O teste piloto não necessitou ser modificado, permanecendo a estrutura inicial.

⁴² O TCLE foi assinado e devolvidos por e-mail, juntado com a ficha sociodemográfica, instrumento da entrevista e currículo lattes.de cada participante da pesquisa.

5.3.4 O hospital estudado – instituição promotora e executora

Os PRAPS do Hospital de Clínicas⁴³ (HC) estão inseridos em dois níveis de complexidade do SUS, a atenção hospitalar e a atenção básica de saúde e envolvem-se interinstitucionalmente em dois principais espaços da rede de cuidados em saúde: o Hospital de Ensino e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para melhor caracterização dos Programas, será apresentado, a seguir, uma descrição sucinta de cada um, identificando-os como Programa 1 e Programa 2, respectivamente:

5.3.5 Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – área de concentração Atenção ao Câncer

O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – área de concentração Atenção ao Câncer foi o primeiro programa na modalidade multiprofissional iniciado no ano de 2014 no HCPF, conjuntamente com outra área de concentração, Cardiologia, que não faz parte do objeto deste estudo. O referido Programa possui 10 vagas, tendo como instituição promotora e formadora a Universidade de Passo Fundo (UPF), e, como cenário de prática, além do HCPF, as Unidades Básicas de Saúde, por meio do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Passo Fundo, evidenciado por meio do Projeto Pedagógico (PP) (Anexo D):

A construção do PP, conforme normativa ministerial, foi realizada pelos membros da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU⁴⁴ e, após sua aprovação, seguiu pelas instâncias da Universidade e das demais unidades conveniadas. Sua implantação, conforme ato de nomeação, ocorreu no dia 1º de fevereiro de 2014, com a inserção da primeira turma de residentes, composta por

⁴³ O HC é um Hospital de Ensino, certificado pelo MEC e MS conforme portaria interministerial número 166/MEC/MS, publicada no dia 05 de fevereiro de 2013. A instituição é considerada de médio porte, atendendo aos parâmetros de referência do MS. A região em que o HC está inserido compreende 144 municípios da 6ª, 11ª, 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde, respectivamente das cidades de Passo Fundo, Erechim, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen, abrangendo uma população de, aproximadamente, 1.158.000 habitantes – denominado como macrorregional norte do Estado do Rio Grande do Sul.

⁴⁴ A COREMU da UPF é composta por representantes dos cursos das áreas da saúde envolvidos no Programa e representante do HC e da SMS.

profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia, conforme distribuição de vagas apresentadas no quadro abaixo:

Programa 1 – O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde

Área de Concentração: Atenção ao Câncer

Área Temática: Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas

Quadro 5 - Áreas profissionais e quantitativo de vagas anuais aprovados pelo MEC – Programa 1

Instituição Formadora	Profissão	Vagas R1	Vagas R2
Universidade de Passo Fundo – UPF	Fisioterapia	2	2
	Enfermagem	4	4
	Psicologia	2	2
	Farmácia	2	2
	Total	10	10

Fonte: UPF, 2013 (ANEXO D, p. 211).

Para o desenvolvimento das atividades práticas e teórico-práticas, a RAPS conta com a parceria de trabalhadores da SMS de PF do HC, denominados preceptores, e dos docentes pertencentes à UPF, que podem, também, ocupar cargos de tutores. Sua gestão acadêmica, portanto, é compartilhada, e a COREMU é composta por um representante de cada núcleo profissional docente da Universidade, e técnico-administrativo do HC e da SMS.

A proposta pedagógica, conforme o Projeto Pedagógico (PP) (Anexo D), se propõe a atuar em conformidade com as Políticas Públicas de Saúde, na busca da consolidação do SUS, tendo uma abordagem voltada para o cuidado integral, interdisciplinar e multiprofissional, assim descrita no objetivo geral:

[...] especializar profissionais das diferentes áreas para atuarem, mediante práticas interdisciplinares e multiprofissionais, que visem o cuidado integral à saúde das pessoas, com capacidade e habilidades de intervenção crítica na organização do processo de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. [...] (UPF, 2013) (ANEXO D, p. 213).

Além disso, tem, em seu objetivo específico, o destaque para a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade:

[...] buscar a qualificação do sistema de saúde por meio da atuação dos profissionais em trabalho de equipe multidisciplinar, fortalecendo o

conhecimento científico e tecnológico de forma integrada; [...] (UPF, 2013) (ANEXO D, p.213).

Cabe destacar que o objetivo acima apresentado foi retirado da versão disponibilizada no sistema do MEC (SINAR)⁴⁵, mas por se tratar de documentos vivo dinâmico, que sofrem permanentes recontextualizações, ao serem lidos em outros tempos, poderão ter se reposicionado e refocalizado, tendo passado por processos de seleção, adaptação e reelaboração (BERNSTEIN, 1996).

5.3.6 Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – área de concentração Urgência e Emergência/Intensivismo

Na mesma esteira de apresentação, o Programa de Residência em área Profissional da Saúde – Área de Concentração em Urgência e Emergência/Intensivismo foi o primeiro programa na modalidade multiprofissional em que o HC passa a ser a instituição promotora, formadora e executora, tendo iniciado suas atividades no ano de 2018. Além do HCPF, as Unidades Básicas de Saúde compõem o cenário para realização das práticas, por meio do convênio firmado com a SMS de PF e SMS de MC.

A construção do PP foi realizada pelos membros da COREMU⁴⁶ e sua aprovação foi submetida às instâncias diretivas e administrativas do HC, que envolveu as coordenações dos serviços das áreas profissionais participantes: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, conforme distribuição de vagas apresentadas no quadro abaixo:

Programa 2 – Programa de Residência em área Profissional da Saúde – Urgência e Emergência/Intensivismo

Área de Concentração: Urgência e Emergência

Área Temática: Intensivismo, Urgência e Emergência

⁴⁵ O Sistema Nacional de Residências em Saúde tem por objetivo garantir o desenvolvimento dos processos de regulação, avaliação e supervisão envolvidos nos Programas de Residência Médicas e os Programas de Residência em Área da Saúde.

⁴⁶ A COREMU do HC é composta por representantes dos profissionais técnicos gestores dos serviços e unidades do HC e representantes das SMS.

Quadro 6 - Áreas profissionais e quantitativo de vagas anuais aprovados pelo MEC – Programa 2

Instituição Formadora	Profissão⁴⁷ NP= área não participante	Vagas R1	Vagas R2
Hospital de Clínicas de Passo Fundo – HC	Fonoaudiologia (NP)	1	1
	Nutrição (NP)	2	2
	Fisioterapia	2	2
	Enfermagem	2	2
	Psicologia	1	1
	Farmácia	2	2
	Total	10	10

Fonte: HC, 2018 (ANEXO E, p.242).

A gestão da Residência em Área Profissional da Saúde é exclusiva do HC, e o Programa se propõe, conforme o seu texto, a atuar em conformidade com as Políticas Públicas de Saúde, visando à consolidação do SUS. Suas ações são desenvolvidas com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, tendo como objetivo principal:

[...] formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, com base no rigor científico e intelectual, norteado por atitudes éticas com responsabilidade e competência para atuar em equipe multiprofissional no contexto do atendimento ao paciente em Urgência e Emergência no SUS [...] (HC, 2018) (ANEXO E, p.244).

Além disso, tem destaque no(s) objetivo(s) específico(s) a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade:

[...] Incentivar atitudes proativas para o desenvolvimento e crescimento profissional tanto no âmbito individual como no coletivo – equipes multiprofissionais e interdisciplinares. [...] Capacitar para o desenvolvimento do processo de trabalho, considerando sua especificidade profissional de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde; [...] (HC, 2018) (ANEXO E, p.246).

Da mesma forma que o Programa A, esse PP poderá sofrer recontextualizações a depender dos agentes, dos interesses e demais influências. Os documentos políticos, especialmente no contexto da prática, estão sujeitos a múltiplas interpretações e significados (BALL; BOWE, 1992; SHIROMA et al., 2005; LOPES; MACEDO, 2011).

⁴⁷ As áreas profissionais de nutrição e fonoaudiologia também compõem as profissões desse Programa, porém, para fins de estudo, optou-se por manter as mesmas áreas do Programa da UPF, garantindo a igualdade dos participantes.

5.4 A análise dos dados

A Análise Temática (AT) de Braun e Clarke (2006) foi escolhida como metodologia de análise de dados por permitir a identificação, organização, descrição e interpretação de sentidos e significados dentro dos dados dispostos nos textos e nos discursos, a partir dos temas levantados. A AT possibilita a reflexão da realidade e colabora para desvelar hipóteses, principalmente identificando a riqueza das experiências e dos significados dados às práticas dos participantes. Procurei compreender o fenômeno em seu propósito, no sentido de não produzir inferências que levassem à constituição de verdades absolutas, ou a extrapolações e que possibilitasse fazer previsões sobre questões futuras (APPOLINÁRIO, 2011).

A análise temática seguiu as seguintes etapas (BRAUN; CLARKE, 2006):

1. Familiarização com os dados por meio da leitura e releitura do corpus de análise composto pelas fichas sociodemográficas, transcrição das entrevistas, documentos oficiais e legislação e dos projetos pedagógicos dos PRAPS.
2. Codificação sistemática dos dados por meio do reconhecimento das características relevantes de cada código.
3. Agrupamento dos dados em potenciais temas nucleadores de sentidos e significados em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), construindo um "mapa" temático da análise.
4. Criação de um mapa temático da análise.
5. Definição e nomeação dos temas.
6. Descrição e discussão dos resultados por meio da apresentação de extratos do corpus de análise, em que procurei fazer a relação entre a questão da pesquisa e a literatura.

Dada a complexidade do processo de análise bem como o volume de dados textuais trabalhados, optei pelo uso do webQDA que é um software de apoio à análise de dados qualitativos extraídos de textos, vídeos, áudios e imagens que funciona num ambiente colaborativo e distribuído na internet (COSTA; AMADO, 2018). O software viabilizou o processo de organização, codificação e interpretação dos dados por meio

das seguintes funcionalidades: pesquisa das palavras mais frequentes, nuvem de palavras, pesquisa de texto e matrizes de análise, contribuindo para o aprofundamento da análise e a robustez metodológica desta investigação.

5.5 Procedimentos e aspectos éticos

Os dois Coordenadores da COREMU do PRAPS, da UPF/RS e do HC assinaram o pedido de autorização formal (Anexo F), para a realização desta pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da IMED (Anexo G), o qual é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS). Os Instrumentos de Coleta de Dados – (Instrumento 1. Ficha Sociodemográfica e 2. Entrevista Semiestruturada Apêndices A e B); (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Apêndice C); (Termo de Confidencialidade – TC Apêndice D) – seguiram todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos e pelas demais normas complementares do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a).

Quanto aos participantes da pesquisa, foi preservado seu anonimato durante todo o período, bem como na publicação dos resultados, tendo sido esclarecido que a qualquer momento poderão retirar o consentimento de participação no estudo, sem prejuízo algum.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise da ficha sociodemográfica

Da análise da ficha sociodemográfica, foi possível fazer a seguinte caracterização: dos 14 entrevistados, apenas dois são do sexo masculino.

Pode-se inferir que o mercado de trabalho em saúde no Brasil apresenta uma tendência ao crescimento de vagas de trabalho e uma diversificação de ramos e segmentos no setor saúde. Logo, essas tendências também levam a novas reconfigurações da força de trabalho que é composta, majoritariamente, por mulheres e por um conjunto diverso de ocupações com diferentes graus de qualificação e especialização técnica (CAMPOS et al, 2021).

Os agentes das áreas profissionais que não compõem as áreas do programa (serviço social, medicina veterinária e ciências biológicas) exercem, predominantemente, as funções de docente, que é o agente responsável pela estratégia pedagógica teórica dos programas.

É possível observar que os dois docentes com maior titulação (doutorado) são aqueles que estão vinculados ao Programa de RAPS da Universidade e não possuem experiência de atuação profissional no serviço. Por outro lado, o docente vinculado ao Programa de RAPS do hospital não possui doutorado como os demais, mas possui larga experiência de atuação no cenário de prática.

Justificadamente o fato de os docentes vinculados à universidade possuírem doutorado passa a ser algo comum do ponto de vista das exigências de uma instância

como essa, em virtude, especialmente, do que é exigido pela CAPES. Já esse fato não ocorre, costumeiramente, na formação dos docentes vinculados ao hospital. A competência técnica pode estar dissociada da competência pedagógica (SILVA et al, 2020), mas, também, por não se tratar de uma instância formalmente formadora, é subordinada a instâncias do MEC.

Todos os tutores possuem a titulação mínima de mestrado atendendo à exigência da legislação das residências (BRASIL, 2012a). Quanto aos preceptores, a formação apresentou maior heterogeneidade. Dos oito preceptores participantes, três possuem residência e não possuem especialização *stricto sensu*, sendo esses também os agentes de menor faixa etária (28 a 35 anos) o que se justifica em parte, já que a política das RAPS é muito recente.

A faixa etária dos participantes variou entre 29 e 55 anos concentrando-se na faixa dos 30 anos. O tempo de graduado também foi considerado muito díspar, já que variou entre 04 e 34 anos.

Por fim, quanto às coordenações, a universidade possui o coordenador com título de doutorado, diferente do hospital em que o coordenador possui mestrado. A maior concentração de doutores está no Programa vinculado à Universidade: dos oito pesquisados, 50% são doutores, e, no hospital, dos sete participantes da pesquisa, apenas um possui o mesmo nível de especialização *stricto sensu*.

Porém, desatendendo à legislação, foi verificado, neste estudo, o fato de profissionais de saúde ocupando as funções de preceptoría sem a titulação mínima exigida na Resolução nº 2 de 2012 (BRASIL, 2012a), ficando a seguinte caracterização dos participantes, conforme exposto no Quadro abaixo (Quadro 7)

Quadro 7 - Caracterização dos participantes do estudo

Programa	Entre visto	Função	Idade	Sexo	Graduação-Tempo-Formada	Residência	Nível máximo de formação
Urgência e Emergência	P01	Coordenador Tutor	53 anos	F	Enfermagem 32 anos	Não possui	Mestrado
	P02	Tutor	31 anos	F	Fisioterapia 08 anos	Não possui	Doutorado
	P03	Docente Preceptor	55 anos	F	Psicologia 34 anos	Não possui	Mestrado
	P04	Docente	29 anos	M	Serviço Social 07 anos	Não possui	Especialização
	P05	Preceptor	35 anos	F	Farmácia 12 anos	Possui	--
	P06	Preceptor	38 anos	F	Fisioterapia 15 anos	Não possui	Especialização
	P07	Preceptor	33 anos	F	Fonoaudiologia 11 anos	Não possui	Especialização
Atenção ao Câncer	P08	Coordenador	37 anos	F	Nutrição 15 anos	Não possui	Doutorado
	P09	Tutor	49 anos	F	Enfermagem 28 anos	Não possui	Mestrado
	P10	Tutor Preceptor	52 anos	F	Farmácia 32 anos	Não possui	Doutorado
	P11	Docente	38 anos	M	Med. Veterinária 09 anos	Não possui	Doutorado
	P12	Docente	34 anos	F	Ciências Biológicas 5 anos	Não Possui	Doutorado
	P13	Preceptor	28 anos	F	Fisioterapia 05 anos	Possui	Especialização
	P14	Preceptor	32 anos	F	Farmácia 04 anos	Possui	Não possui
	P03	Preceptor	55 anos	F	Psicologia 34 anos	Não possui	Mestrado

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

6.2 Análise dos documentos governamentais

Por meio da funcionalidade “pesquisa de texto” do software webQDA, foi possível rastrear e identificar a possível ocorrência dos termos que indicam os temas centrais de interesse desta investigação: Interdisciplinaridade e Multiprofissionalidade.

A palavra Multiprofissionalidade não foi encontrada em nenhum dos documentos oficiais e nem na legislação que orienta o funcionamento dos programas de RAPS. Por isso optou-se por realizar nova pesquisa de texto com a variação, “Multiprofissional” tendo encontrado:

- a) Na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 – nenhuma ocorrência;
- b) Na Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021 – 19 ocorrências da palavra que nomeiam a área “Residência Multiprofissional”;
- c) Na Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, 33 ocorrências das quais 30 nomeiam a área “Residência Multiprofissional” e outras três que seguem transcritas no quadro abaixo.

Quadro 8 - Ocorrências e significados da palavra Multiprofissional nos fragmentos da Resolução CNRMS nº02 (2012)

Fragmento da Legislação	Sobre o que fala
<i>§2º O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que: ...</i>	Foco na matriz curricular – Orientação da organização dos PP voltada para o desenvolvimento de uma matriz curricular baseada em práticas multiprofissionais, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e na perspectiva da área de concentração a ser formada.
<i>As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por: a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;</i>	Foco nas práticas curriculares – Orienta que as atividades do programa tenham em sua estrutura o processo de formação em equipe multiprofissional por meio de eixos transversais comuns a todas as áreas profissionais envolvidas.
<i>O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.</i>	Foco nas práticas assistenciais – Orienta que as estratégias pedagógicas sejam capazes de fundamentar às práticas assistenciais de modo que contemplem a atenção integral nos diferentes níveis de complexidade e áreas do conhecimento envolvendo todas as áreas profissionais envolvidas no programa (a formação embasada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar).

Fonte: Elaboração da autora a partir do texto da Resolução CNRMS nº02 (2012), 2022

A Multiprofissionalidade no texto da Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 encontra-se associada ao trabalho em equipe multiprofissional (PEDUZZI, 1998, 2009), termo utilizado em políticas de saúde para priorizar a necessidade da atuação de profissionais de áreas distintas voltados para um cuidado integral, nos diferentes níveis de complexidade de atenção em saúde (MATTOS, 2001, 2003; OLIVEIRA, 2017).

O trabalho em equipe representa uma dimensão importante das competências a serem desenvolvidas nos PRAPS, pois propicia a atenuação da divisão do trabalho e maior autonomia técnica, “com interdependência, mediante a construção de uma integração por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, um saber compartilhado” (FLOR et al, 2021).

A RAPS é uma política pública indutora de educação no trabalho e pelo trabalho no SUS que, por meio do ensino-serviço-comunidade, visa a capacitar trabalhadores para o oferecimento da atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (TOLDRÁ, RAMOS, & DE ALMEIDA, 2019) (BRASIL, 2012a) (CLOSS, 2012).

A clínica ampliada é uma diretriz de gestão e do cuidado no SUS que aciona o trabalho em equipe, garantindo que cada área profissional contribua para a qualidade do atendimento ao paciente. A colaboração entre trabalhadores permite lidar com a complexidade dos usuários e com a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade. É na interação entre os diferentes sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada (BRASIL, 2007d).

A palavra Interdisciplinaridade não foi encontrada em nenhum dos três documentos, mas a variação “Interdisciplinar” foi identificada na Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (04 ocorrências) e na Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021 (01 ocorrência). Ressalto que a expressão não foi mencionada na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

O termo interdisciplinaridade e sua variação, interdisciplinar, são comumente encontrados nas políticas educacionais, sendo utilizado frequentemente para as residências, por se tratar de um processo formativo, de recursos humanos em saúde, que evidencia a necessidade e a importância de que diferentes conhecimentos estejam integrados (CLOSS, 2012). Esse contexto de formação é propício para que a

interdisciplinaridade aconteça, propondo que a integração, não somente de saberes, mas também de práticas, estabeleça uma íntima relação entre conhecimento e ação, ou seja, como processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho (SCHERER; PIRES, D. 2011).

A prática interdisciplinar pressupõe que cada uma das categorias profissionais contribua para o processo do cuidado, preservando a autonomia do núcleo de especialidade das áreas envolvidas. Ao mesmo tempo, pressupõe a integração e colaboração de conhecimentos (SILVA; MENDES, 2013), um espírito epistemologicamente amplo que permita enxergar uma disciplina conjuntamente com outras sem descuidar de nenhuma, buscando a totalidade do conhecimento (FAZENDA, 1992).

Os fragmentos no quadro abaixo (Quadro 9) evidenciam que, na Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, a palavra “interdisciplinar” vem por três vezes acompanhada da palavra “multiprofissional”, evidenciando que há uma aproximação dos sentidos dispostos na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade (GOMES; DESLANDES, 1994).

A interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, ambas, em seus fundamentos propõem a superação do modelo especializado e fragmentado de organização do trabalho em que cada profissional faz de seus saberes e práticas individualizados (APPLE, 1982; BERNSTEIN, 1996; GOODSON, 2012). O trabalho em equipe é elemento chave para que se dê a multiprofissionalidade e que, fundamentalmente, deve estar organizado por algumas características que empreendem necessidades complexas e variáveis, uma vez que envolve encontro sempre singular entre sujeitos; de profissionais que necessitam de autonomia e é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores (PEDUZZI et al., 2009).

A legislação das residências suscita a ideia de trabalho multiprofissional alinhada à ideia de trabalho em equipe, porém ainda fundamentada por uma compreensão mais ampla e que direciona para uma perspectiva integral e interdisciplinar. A atuação em equipe aparece como resultante da integração de trabalhos e é “caracterizada pela articulação consoante entre diferentes conhecimentos, e profissionais atrelada à proposta da integralidade das ações de saúde” (PEDUZZI, 2001, p. 105-106).

Quadro 09 - Ocorrências e significados da palavra Interdisciplinar nos fragmentos da Resolução CNRMS nº02 (2012)

Interdisciplinar / Interdisciplinaridade	Sobre o que fala...
<p>§2º O PP de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo...</p>	<p>Foco na matriz curricular – Orientação da organização dos PP voltada para o desenvolvimento de uma matriz curricular baseada em práticas interdisciplinares.</p>
<p>a.um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar</p>	<p>Foco na prática curricular – Orienta que as atividades do programa tenham em sua estrutura o processo de formação em equipe multiprofissional e em práticas interdisciplinares.</p>
<p>O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar</p>	<p>Foco na prática assistencial – Orienta que as atividades pedagógicas desenvolvidas nos cenários de prática contemplem a atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.</p>

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados da Resolução CNRMS nº02/2012, 2022

Ao longo da resolução CNRM nº 2 de 2012, tais sentidos também aparecem ancorados na necessidade de integração conjunta de saberes, áreas profissionais, programas de residência, equipes, serviços, redes de saúde e comunidades de prática com vistas a alcançar uma formação que garanta o aprendizado integral no cuidado em saúde, como pode ser visto nos fragmentos da Resolução CNRMS nº 2 de 2012 (BRASIL, 2012a):

Art. 12 Ao tutor compete: articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde; (Resolução CNRMS nº 2, 2012).

O Profissional de Saúde Residente terá como atribuições: VIII. integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde; IX. Integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática; X. buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica (Resolução CNRMS nº 2, 2012).

Na Resolução CNRMS nº 2 de 2012, a integralidade comparece como perspectiva necessária alinhada ao conceito ampliado de saúde em relação ao ambiente social, cultural e político dos sujeitos, usuários do sistema de saúde. O conceito de integralidade adquire perspectivas multidimensionais, implicando diretamente o trabalho dos profissionais e as práticas ensino-assistenciais, tendo como pano de fundo a possibilidade de que existam práticas interdisciplinares, voltando-se para às múltiplas áreas de atuação a partir das necessidades de saúde (MENDES,2013).

A integralidade é uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi inscrita como um dos princípios do SUS: o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas e sem prejuízos dos serviços assistenciais, ou ainda, o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Do ponto de vista teórico, a integralidade é um termo polissêmico (CLOOS, 2010).

A clínica ampliada aparece nos documentos analisados como metodologia e dispositivo de gestão que permite uma formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Na perspectiva das residências, ampliar a clínica significa construir processos de saúde que articulem e incluam diferentes enfoques e disciplinas, pois é sabido que os sujeitos não se limitam às expressões de suas doenças. A interdisciplinaridade deve se fazer presente, como aponta a legislação, já que direciona para uma estrutura compartilhada de saberes, uma integração, gerando múltiplas aprendizagens e soluções a partir da articulação das diferentes disciplinas com vistas a uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (MENEZES; ESCÓSSIA, 2018).

Na Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021b), há apenas uma ocorrência da palavra interdisciplinar, a qual apresenta a interdisciplinaridade como eixo norteador das práticas pedagógicas dos PRAPS como pode ser visto no fragmento abaixo

§ 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores III - Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar (Portaria Interministerial nº 7, 2021).

Contudo, mesmo que na Portaria apenas uma vez ela se apresente, necessariamente ela intenciona para ser um fio norteador que integra o ensino, o

serviço, a teoria e a prática às diferentes possibilidades trazidas por esta modalidade de formação que congrega múltiplos saberes e se realiza a partir do trabalho coletivo em saúde (MENDES, 2013).

A questão que se ressalta é que a interdisciplinaridade por ser um termo com muitos sentidos e complexo, complementarmente não traz elementos que oriente como promovê-la (JAPIASSÚ, 1976). Existe uma grande possibilidade de que haja diferentes práticas nos Programas, as quais, ao recontextualizar a política definida na Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021b) se afastem do seu propósito e, ainda, que muitos agentes as realizem conforme suas experiências anteriores, outros intuitivamente e ou de acordo com suas concepções teóricas.

A estrutura da RAPS aponta a interdisciplinaridade como um eixo norteador que se opõe à lógica da especialidade técnica fragmentada, posta historicamente no campo da saúde e que historicamente não interagem (SODRÉ, 2010). Porém, o fato de a RAPS ter em seu escopo a busca pelo desenvolvimento de práticas interdisciplinares, é importante considerar que também essas práticas se desenvolvem por diferentes agentes, em diferentes instâncias formadoras e cursos que historicamente tendem a realizar suas práticas de forma isolada e compartimentalizada (ABIB; KNUTH, 2017).

Vários autores ressaltam a necessidade de se superar o excessivo e histórico isolamento das disciplinas, rompendo fronteiras e instaurando formas alternativas de disciplinaridade, capazes de proporcionar múltiplos olhares (BASTOS et al, 2017).

Esta perspectiva, conceitualmente, tende a superar a perspectiva isolada, com base apenas na área da saúde, ampliando para outras áreas e contextos. A interdisciplinaridade empreende a cooperação entre os saberes, necessitando que diferentes agentes que detêm diferentes conhecimentos trabalhem integrados.

No que se refere à formação para o SUS, a RAPS produz uma ação inovadora na medida em que supera a lógica dos cursos de graduação da área da saúde que, embora não tenham como objetivo central especializar os profissionais, realizam a formação entre seus pares, perdendo, assim, em certa medida, a discussão coletiva e multiprofissional (ELY, RAMONA, 2018).

As residências também trazem para o debate limitação do processo formativo na graduação no que diz respeito à formação integral voltada para uma prática em equipe multiprofissional (GONÇALVES, et al 2019).

Estudos têm mostrado que currículos da graduação em saúde no Brasil, mesmo com a implementação do SUS, continuam estruturados por disciplinas e de forma fundamentalmente uniprofissional (SILVA et al., 2011). Destacam-se, assim, a formação de saberes e práticas específicos de cada categoria profissional, que pouco promovem a integração entre estudantes de diferentes profissões. Como resultado, os egressos desses cursos da saúde apresentam dificuldades para trabalhar em equipe, reproduzindo um modelo de cuidado especializado, fragmentado, que reforça o trabalho uniprofissional e que não atende às necessidades do cuidado integral (ELY, RAMONA, 2018).

Essas questões, apontadas como fragilidades do ponto de vista da interdisciplinaridade, nos cursos da saúde (graduação) e, conseqüentemente, refletidas na RAPS (pós-graduação), trazem ainda mais o compromisso e a responsabilidade para as RAPS de um processo formativo que se consolide e que seja capaz de superar as fronteiras entre as diferentes áreas do conhecimento (FAZENDA, 1992).

E, por fim, é imperativo apontar que a inserção de profissionais de diferentes áreas do saber numa equipe de saúde, ainda que seja crucial, não é suficiente à garantia de práticas efetivamente interdisciplinares.

6.3 Análise dos Projetos Pedagógicos dos PRAPS

A análise dos projetos pedagógicos dos PRAPS foi feita por meio da produção da “nuvem de palavras” das 200 (duzentas) palavras mais frequentes dos documentos, dentre as quais se destacam: prática, residência, farmácia, fisioterapia, enfermagem, teórica, atividade, multiprofissional e teórico-prática conforme o Quadro 10, apresentado a seguir.

Tais palavras confirmam o que se espera da modalidade de residência a que pertencem os programas analisados, que é a priorização de maior carga horária para atividades práticas e teórico-práticas, com vistas à formação de profissionais que atuem numa lógica multiprofissional terapêutica.

As RAPS são fundamentadas em arcabouço teórico e pedagógico que corroboram os princípios e as diretrizes do SUS, associando o aprendizado à prática, de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial (ARAÚJO et al, 2017). Com uma carga horária de 80% de atividades práticas os residentes são formados para prestar assistência aos pacientes em equipe multiprofissional, possibilitando uma maior integralidade e humanização da atenção (SILVA, 2013).

Quadro 10 - Palavras mais frequentes dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, 2022.

Palavra	Repetição
Prática	93
Residência	80
Farmácia	78
Fisioterapia	77
Enfermagem	75
Teórica	73
Atividade	70
Multiprofissional	67
Teórico-Prática	67
Graduação	66
Formação	64
Profissionais	62
Atividades	61
Profissional	59
Estágio	59
Terapêutico	58

Elaboração da autora, 2022



Figura 9 - Nuvem das 200 palavras mais frequentes dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, 2022

Fonte: Elaboração da autora, 2022. Residência em Área Profissional da Saúde

Considerando que as palavras “interdisciplinaridade” e “multiprofissionalidade”, objeto central de interesse deste estudo, não compareceram na lista das 200 palavras mais frequentes dos PPs, optou-se mais uma vez, pela pesquisa de texto com as mesmas variações de termos utilizados na análise dos documentos oficiais, quais sejam “multiprofissional” e “interdisciplinar” chegando ao seguinte resultado:

Quadro 11. Resultado da busca textual realizada com as palavras “interdisciplinaridade” e “multiprofissionalidade” nos PPs, 2022.

Palavras pesquisadas no documento	PP Atenção ao Câncer	PP Urgência Emergência
Multiprofissional	56 ocorrências	47 ocorrências
Interdisciplinar	30 ocorrências	08 ocorrências

Fonte: Elaboração da autora, com dados extraídos dos Projetos Pedagógicos, 2022

Descreve-se a seguir as ocorrências das palavras “interdisciplinaridade” e “multiprofissionalidade” no contexto particular de cada projeto pedagógico analisado.

6.3.1 PP Programa de Residência em Atenção ao Câncer

A palavra multiprofissional apareceu 56 vezes ao longo do PP em A das quais 42 ocorrências apenas nomeavam os “Programas de Residência Multiprofissional” e “equipes multiprofissionais” e 14 abordavam múltiplos sentidos e significados conforme se descreve a seguir.

Na introdução e na justificativa, a multiprofissionalidade é apresentada como estratégia de resolução de problemas do sistema público de saúde, que possibilita mecanismos e processos de gestão e de atenção que integram ações e serviços do SUS.

Esta lógica de integração multiprofissional e intersetorial pressupõe uma nova forma de pensar-fazer que integre o cenário de intervenção hospitalar com os diferentes níveis de complexidade do sistema público de saúde, por meio da instituição de mecanismos ou processos de gestão e de atenção que possibilite a integração das ações, dos serviços e do sistema de saúde (PP Atenção ao Câncer – fragmento 1).

A abordagem integral na saúde é melhorada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais. Assim pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde sob uma

nova lógica no agir e na forma como se produz o cuidado em saúde (BRASIL, 2006; ROSA; LOPES, 2009, 2010).

O PP de Programa de Residência em Atenção ao Câncer anuncia que é objetivo geral da RAPS *Especializar profissionais das diferentes áreas para atuarem, mediante práticas interdisciplinares e multiprofissionais que visem o cuidado integral (PP Atenção ao Câncer – fragmento 2)*, evidenciando a relação entre multiprofissionalidade e integralidade no cuidado.

O processo de formação dos profissionais da saúde constitui um desafio a gestores e corpo acadêmico-assistencial devido à complexidade de estimular e promover conjuntamente habilidades profissionais, interpessoais (CARNEIRO et al, 2021).

A vivência dos PRAPS se configura como uma forma de proporcionar a busca pela integralidade em saúde. Poder experienciar essa possibilidade, de participar de um processo formativo que se fundamenta na construção articulada de diferentes profissões da saúde, buscando construir um saber comum, onde se agreguem as contribuições dos diferentes núcleos profissionais, efetiva, de fato, uma prática integral e renovadora na saúde (SALVADOR et al, 2011).

Tem ainda como propósito que essa formação multiprofissional favoreça a articulação dos diversos níveis de atenção, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS, com especial destaque para a promoção da atenção integral (PP Atenção ao Câncer – fragmento 3).

Também no objetivo geral a palavra multiprofissional é usada para reafirmar que a RAPS é uma formação profissional que, além do compromisso com a educação permanente das equipes de saúde, tem o propósito de alterar positivamente os cenários dos serviços de saúde que são campo de formação, por meio do incentivo à articulação dos diversos níveis de cuidado.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é aprendizagem no trabalho, em que a relação do aprender e do ensinar se incorporam ao cotidiano das estruturas de saúde. O objetivo mostra ir para além do atendimento clínico; ele reforça o compromisso na melhoria dos cenários de prática e que são campos de formação e nos diferentes níveis do cuidado, suscitando que esse se pautem nos valores e princípios do SUS (OLIVEIRA et al., 2017). Tende a preparar o profissional para ofertar um atendimento mais humanizado, focando não somente no estado de doença da

pessoa, mas relacionando com o meio em que está inserida, além de possibilitar a permeabilidade das ações educativas no cotidiano das práticas de saúde, vislumbrando o desenvolvimento da EPS aos profissionais vinculados aos serviços de saúde, na criação de novas práticas, nas mudanças institucionais e nas equipes de trabalho (HAUBRICH et al, 2015).

O movimento de integração multiprofissional é reconhecido no PP de Programa de Residência em Atenção ao Câncer como diretriz pedagógica no contexto das RAPS que provoca nova forma de pensar e fazer o cuidado em saúde. As características fundamentais para o trabalho em equipe multiprofissional incluem, além da interação e comunicação entre os membros, a presença de objetivos em comum, a responsabilidade compartilhada e promoção da inovação no trabalho em busca de novas formas para atender às necessidades do paciente (PEDUZZI, 2021). O apoio multiprofissional perpassa todos os níveis de assistência à saúde integral, humanizada e eficaz (PEDUZZI 2016a, 2016b, 2021; TORRES *et al.*, 2019).

O desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde é outro elemento potente para a qualificação dos processos assistenciais e das equipes, além da melhoria dos cenários de prática e dos serviços do SUS (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

Se atendida a diretriz pedagógica da multiprofissionalidade, o PP do Programa de Residência em Atenção ao Câncer afirma que é possível alcançar a formação de profissionais críticos e reflexivos, aptos a trabalhar em equipe e a reconhecerem a importância de todos os profissionais envolvidos na garantia de uma atenção à saúde interdisciplinar, humanizada e de qualidade...*com vistas à humanização da assistência, à integralidade da atenção, à melhoria dos indicadores qualitativos da saúde, à redução do tempo de internação (PP Atenção ao Câncer – fragmento 4).*

É possível perceber que o documento em questão está sustentado em um conceito ampliado de saúde, bem como na proposta de integralidade das ações e no trabalho interdisciplinar e multidisciplinar em todos os níveis de atenção à saúde (SILVA et al, 2017).

A palavra interdisciplinar possuiu 30 ocorrências ao longo do texto do PP de, 6 delas quando explicitamente a palavra interdisciplinar aparece acompanhada ou próxima (na mesma frase) da palavra multiprofissional. Na justificativa do PP ela é utilizada para mencionar uma das capacidades centrais que se deseja desenvolver no residente do programa.

Esse Programa será norteado pelos Princípios e Diretrizes do SUS e pelas Diretrizes Gerais para “Programas de Residência Multiprofissional em Saúde” tendo como objetivo desenvolver nos profissionais, capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional (PP Atenção ao Câncer – fragmento 5).

A interdisciplinaridade associada à multiprofissionalidade é fundamentada por meio das orientações legais das RAPS, sinalizando para que ocorram interações com setores e instituições de saúde, possibilitando maior abrangência na atuação dos profissionais, porém, mantendo a particularidade e especificidade de cada área profissional (SILVA, 2022).

Autores como Apple (1982, 1999, 2003, 2009), Ball e Mainardes (2011) consideram que os agentes que operam no campo da prática não são meros executores das políticas curriculares e que, nesse sentido, as bases dos PPs podem ocorrer na relação direta entre a legislação e o momento da operacionalização dos textos políticos.

Nos objetivos geral e específicos, a palavra interdisciplinar é usada para se referir aos modos de atuação dos residentes que se pretende formar, com ênfase especial à habilidade de trabalhar em equipe multiprofissional de forma reflexiva e crítica, conforme o fragmento 2 do PP citado anteriormente.

Os PPs manifestam as intenções e os princípios educacionais e políticos adotados pelos programas, sinalizados pelas normativas legais e são frutos de uma produção coletiva, com o objetivo de nortear e conduzir o processo de formação. Fundamentalmente, os objetivos irão expressar os propósitos dos programas e, estruturalmente, o que são previstos como princípios norteadores da política conforme apontado na Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, “O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento” (BRASIL, 2012).

A parte do projeto pedagógico em está a maioria das ocorrências da palavra interdisciplinar é no campo “perfil dos egressos”, tanto o perfil geral quanto os perfis específicos de cada área de concentração. Nesse contexto, a interdisciplinaridade é entendida como uma competência a ser alcançada, um campo de saber-fazer, uma forma de atuação e classificação das ações da equipe de saúde e também uma forma de *Contextualizar e refletir, de forma interdisciplinar, acerca dos conflitos éticos e*

bioéticos enfrentados pela equipe multiprofissional e pelos usuários (PP Atenção ao Câncer – fragmento 6).

Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, sob o princípio da integralidade, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões biopsicossociais. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas. A interdisciplinaridade nesse processo formativo não pode ser constituída pela simples reunião de todas as especialidades e sim, deve buscar a união entre as áreas para que todas colaborem com sua em prol de um bem comum.

No contexto desse programa há uma previsão de que o egresso seja capaz de ser um agente do seu próprio processo de busca do conhecimento, o que o levará a questionar e refletir sobre o contexto que está inserido e discutir sobre possíveis alternativas de intervenção.

6.3.2 PP Urgência Emergência

A palavra multiprofissional apareceu 47 vezes neste documento, 35 ocorrências nomeando os “Programas de Residência Multiprofissional” e 04 nomeando “equipes multiprofissionais” ou “equipe multiprofissional”. As outras 08 ocorrências da palavra multiprofissional aparecem ao longo do texto na justificativa, nos objetivos e nas diretrizes pedagógicas. Apresenta-se, a seguir, com os sentidos e significados em cada um desses fragmentos.

Na justificativa do PP em Urgência e Emergência a multiprofissionalidade é vista como contexto assistencial humanizado no qual ocorre interação de profissionais de áreas distintas para a realização de um atendimento de qualidade.

Nesta conjuntura, a formação de profissionais de saúde especializados em tratamentos de alta complexidade e cuidados intensivos, aliada a recursos tecnológicos em um contexto humanizado e multiprofissional é uma condição determinante para que a qualidade do atendimento seja viabilizada (PP Urgência e Emergência – fragmento 1);

A interação multiprofissional e interdisciplinar possibilita assistência contínua, integral e humanizada para pacientes/familiares, com benefícios para todos os envolvidos... (PP Urgência e Emergência – fragmento 2);

Trabalhar com o multiprofissional é estar preparado para agir com a diversidade, buscando a assistência integral e excelência na qualidade do atendimento (PP Urgência e Emergência – fragmento 3).

A justificativa propõe a formação de profissionais pelo trabalho e com uma interação multiprofissional, de forma interdisciplinar, englobando o agir na diversidade para a busca de ações eficazes, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para afirmar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos pacientes e familiares.

Nos objetivos geral e específicos do PP, a multiprofissionalidade aparece como meta a ser alcançada no desenvolvimento da competência dos residentes para atuação responsável e ética em “equipes multiprofissionais”.

Objetivo geral – “Formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, com base no rigor científico e intelectual, norteado por atitudes éticas com responsabilidade e competência para atuar em equipe multiprofissional no contexto do atendimento ao paciente da Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (PP Urgência e Emergência – fragmento 4)”;

Objetivos Específicos – “Favorecer o desenvolvimento de um perfil profissional que se destaque pelas competências, postura, responsabilidade e ética na sua área de formação, não somente com paciente/família como também com os demais membros da equipe multiprofissional no âmbito da urgência e emergência e demais contextos intra e extra-hospitalar (PP Urgência e Emergência – fragmento 5)”;

Nesse sentido, os objetivos do Programa muito se identificaram com a perspectiva de assegurar as ações que os levem a obter uma visão humanista, reflexiva e crítica sobre os fatos, com base no rigor científico e intelectual por meio de princípios éticos e humanizados e com competência para atuar com a equipe multiprofissional (FIORANO; GUARNIERI, 2015). Além do mais, faz destaque para que as ações se estendam para familiares e para fora do contexto hospitalar de maneira a poder planejar e desenvolver intervenções efetivas, conhecendo a comunidade, os recursos disponíveis, as demandas existentes, a realidade dos usuários, das famílias e das próprias equipes.

Nas diretrizes pedagógicas, a palavra multiprofissional aparece como conduta a ser incentivada por meio de práticas coletivas e colaborativas no processo de ensino e aprendizado da RAPS.

As diretrizes devem adotar estratégias metodológicas que transcendam disciplinas isoladas, levando os residentes para a prática e possibilitando atividades interdisciplinares em diferentes áreas profissionais, colocando-os em contato com

temas com humanização, trabalho em equipe e integralidade (FIORANO, GUARNIERI, 2015).

Incentivar atitudes proativas para o desenvolvimento e crescimento profissional tanto no âmbito individual como no coletivo equipes multiprofissionais e interdisciplinares (PP Urgência e Emergência – fragmento 6);

Será incentivada a atuação multiprofissional e interdisciplinar e a adoção de práticas profissionais colaborativas, considerando-se como fundamentais ações que revertam no melhor atendimento possível ao indivíduo que necessita de cuidados de vários elementos da equipe de saúde, considerando-se as estruturas familiares em consonância com os princípios do SUS (PP Urgência e Emergência – fragmento 7);

Sem perder de vista os princípios e as diretrizes do SUS, a proposta intenciona adotar práticas profissionais colaborativas, a partir das diferentes necessidades dos indivíduo, através de atitudes proativas para o crescimento individual como coletivo (FIORANA; GUARNIERI, 2015).

Reforçando o que foi anunciado no objetivo geral, a descrição do perfil do egresso encontrada no PP em Urgência e Emergência aponta para a relevância de o residente desenvolver, ao longo da formação, a competência para o trabalho em equipe multidisciplinar com responsabilidade e ética.

competências, atitudes proativas em relação ao seu próprio crescimento profissional, postura, responsabilidade e ética profissional. Não somente com paciente / família também com os demais membros da equipe multidisciplinar no âmbito de cuidados intensivos e demais contextos intra e extra-hospitalar (PP Urgência e Emergência – fragmento 8);

Nesse caso está claro que há uma distorção do sentido da multiprofissionalidade ou falta de compreensão, já que se entende que o propósito foi referir a equipe multiprofissional, no âmbito da assistência. A multidisciplinaridade refere-se, basicamente, à associação ou justaposição de disciplinas que discorrem sob um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista, não havendo uma integração interdisciplinar (BASTOS et al, 2017).

A ocorrência da palavra interdisciplinar possui 08 ocorrências no PP em Urgência e Emergência e foi expressivamente menor do que a palavra multiprofissional (47 repetições). Em 04 das 08 ocorrências, a palavra interdisciplinar apareceu acompanhada da palavra multiprofissional, o que mostra a íntima relação entre esses dois conceitos.

A questão que norteia o sentido da interdisciplinaridade, associada à questão das disciplinas e suas correlações, aproxima-se de um conceito mais acadêmico e formativo, o que não deixa de estar obviamente alinhado a esse processo de formação em serviço.

No entanto, por se tratar de um programa que está vinculado a um corpo docente mais voltado para a assistência em saúde, sentidos como o da interdisciplinaridade podem ser tratados mais na questão conceitual do que propriamente no exercício na prática. A polissemia e a diversidade do termo sustentam a dificuldade de concretizá-lo, por se tratar de um conceito complexo e, por vezes, colocado como mera palavra no texto (JAPIASSÚ, 1976). Entretanto, mesmo que o termo interdisciplinar apareça no PP, não há como garantir que os programas irão cumprir esse papel, sobretudo porque sua operacionalização se dá num contexto de tensões e conflitos.

Por outro lado, o PP do Programa, mesmo que em seu texto não apresente tantas vezes o termo interdisciplinar, poderá aplicá-lo, já que, em sua maioria, as atividades são realizadas no campo da prática assistencial. A imersão intensiva dos residentes nos serviços pode desencadear práticas interdisciplinares a depender da forma com que a equipe de trabalho do serviço se estrutura, na medida em que diálogos mais abertos e horizontais podem ocorrer.

Complementarmente Bernstein (1996; 1998a), quando trata do conceito de recontextualização do discurso, oferece elementos importantes para compreender melhor o campo do currículo, sua organização, suas disputas e a prática pedagógica em si, além de permitir a incursão em e entre variadas áreas.

Por meio da recontextualização, o discurso oficial, neste caso a legislação, se desloca do seu contexto original de produção para outro contexto no qual é modificado e relacionado com outros discursos, aqui representado pelo PP. Assim, o princípio recontextualizador, seletivamente, apropria, reloca, refocaliza e relaciona outros discursos, para constituir sua própria ordem e seus próprios ordenamentos (BERNSTEIN, 1996, p. 259).

Nesse caso é possível também compreender o porquê de o termo interdisciplinar estar associado no PP à palavra multiprofissionalidade, já que no texto da política essa associação aparece evidente.

Na justificativa do PP, assim como a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade é vista como forma de garantir cuidado contínuo, integral e humanizado à população, conforme exemplifica o fragmento a seguir:

A interação multiprofissional e interdisciplinar possibilita assistência contínua, integral e humanizada para pacientes/familiares, com benefícios para todos os envolvidos... (PP Urgência e Emergência – fragmento 9);

Sem perder de vista os princípios e as diretrizes do SUS, o Programa almeja, por meio das ações, favorecer pacientes e familiares, mantendo a proposta de linha de cuidado e, ao mesmo tempo, garantindo o cuidado humanizado, a fim de contribuir com a formação profissional com ênfase no aprendizado pelo trabalho em formato interdisciplinar (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

Também na justificativa, o documento menciona a comunicação e o diálogo como estratégias que possibilitam a construção de um processo de trabalho e formação interdisciplinar.

Tem-se ainda a intenção de provocar a experiência da comunicação entre saberes, de modo a constituir um processo inter/transdisciplinar que se faz pelo diálogo sistemático e contínuo com a missão da construção coletiva de novos conhecimentos (PP Urgência e Emergência – fragmento 10).

É clara a importância de garantir a ocorrência de atividades que levem ao desenvolvimento de trabalhos em equipe e colaborativos, assim como o desenvolvimento da integração dos conhecimentos por meio de ações interdisciplinares (PEDUZZI, 1998, 2009). A comunicação e o diálogo compõem parte dessas estratégias já que a comunicação efetiva se dá por meio de equipes integradas (SILVA; MENDES, 2013). Todavia, o fato de essa concepção de ensino - aprendizagem ter uma estrutura menos rígida não garante, necessariamente, a construção de um conhecimento transformador (ROSA. LOPES, 2010).

Nas diretrizes pedagógicas do PP em Urgência e Emergência as expressões interdisciplinar e multiprofissional estão sempre acompanhadas, fazendo referência às estratégias pedagógicas que serão utilizadas para promover o aprendizado dos residentes, tais como: palestras, práticas profissionais colaborativas de ensino e as atividades teóricas e teórico-práticas do eixo transversal.

Poderão ser inseridos no programa, profissionais convidados a realizar palestras, atualizações que enriqueçam o aprendizado dos residentes e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional (PP Urgência e Emergência – fragmento 11).

...será incentivada a atuação multiprofissional e interdisciplinar e a adoção de práticas profissionais colaborativas, considerando-se como fundamentais

ações que revertam no melhor atendimento possível ao indivíduo que necessita de cuidados de vários elementos da equipe de saúde (PP Urgência e Emergência – fragmento 12).

Visando fortalecer a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, no segundo ano de residência (R2) serão mantidas as estratégias pedagógicas teóricas e teóricas-práticas que compõem o eixo transversal dos programas de residência multiprofissional (PP Urgência e Emergência – fragmento 13).

Do ponto de vista pedagógico, a “adoção de práticas profissionais colaborativas” tendem a se estruturar em currículos integrados, em que há uma maior flexibilidade nas fronteiras disciplinares, e os sujeitos não tendem ao isolamento, o que favorece relações mais horizontais e estimulando o diálogo entre os sujeitos (BERNSTEIN, 1996, 1998a).

A condução das ações numa perspectiva de seminários pode facilitar o processo de ensino-aprendizagem, pois possibilita espaços pedagógicos envolvendo momentos de discussão da prática ocorram. A manutenção do eixo transversal no R2 (residente do segundo ano) possibilita que as disciplinas estejam posicionadas numa perspectiva relacional, permitindo maior iniciativa de agentes envolvidos e maior integração dos saberes (BERNSTEIN, 1996, 1998a).

Também, tendo como base os resultados encontrados, de que a interdisciplinaridade nesse PP de Programa de Residência em Atenção ao Câncer aparece menos vezes (08 vezes) diferentemente do outro Programa de Residência em Atenção ao Câncer (que apareceu 30 vezes), e que o termo multiprofissionalidade esteve muito associado ao sentido do trabalho multiprofissional e em equipe em ambos os programas, pode-se considerar que: a) a palavra interdisciplinaridade, por mais que apareça no PP do referido Programa, que tem sua estrutura pensada por uma equipe de docentes, tutores e preceptores majoritariamente assistencial, ainda é utilizada muito recentemente no campo da saúde, ganhando espaço quando da ampliação do conceito de saúde, para acrescentar-lhe intervenção prática (BASTOS et al, 2017); b) o termo interdisciplinar (e suas variações) pode estar associado ao que a legislação coloca como um sentido que deve nortear as práticas dos Programas. Como estabelece Ball (1994), a política como texto pode ser recontextualizada no contexto da prática e pode ser interpretada a depender das visões, crenças e interesses dos sujeitos (BERNSTEIN, 1996; 1998; LOPES, 1999); e c) ao ser associada ao termos multiprofissionalidade no sentido do trabalho em equipe,

fundamenta a relação de processos de trabalho que se relacionam intimamente com as práticas assistenciais (PEDUZZI, 1998, 2009).

Por outro lado, a palavra interdisciplinaridade aparece em maior número no Programa de Residência em Atenção ao Câncer por estar diretamente associada ao contexto educacional (BASTOS et al, 2017) em que as questões pedagógicas de sujeito reflexivo e do saber fazer são latentes no PP. Complementarmente, como sustenta Bernstein (1981; 1988a), as concepções teóricas descritas no discurso oficial, quando recontextualizadas, podem sofrer também modificações a depender das relações de poder envolvidas nas relações entre sujeitos e diferentes instâncias.

6.4 Análise das entrevistas

Da análise de todo o corpus de dados emergiram as seguintes categorias temáticas:

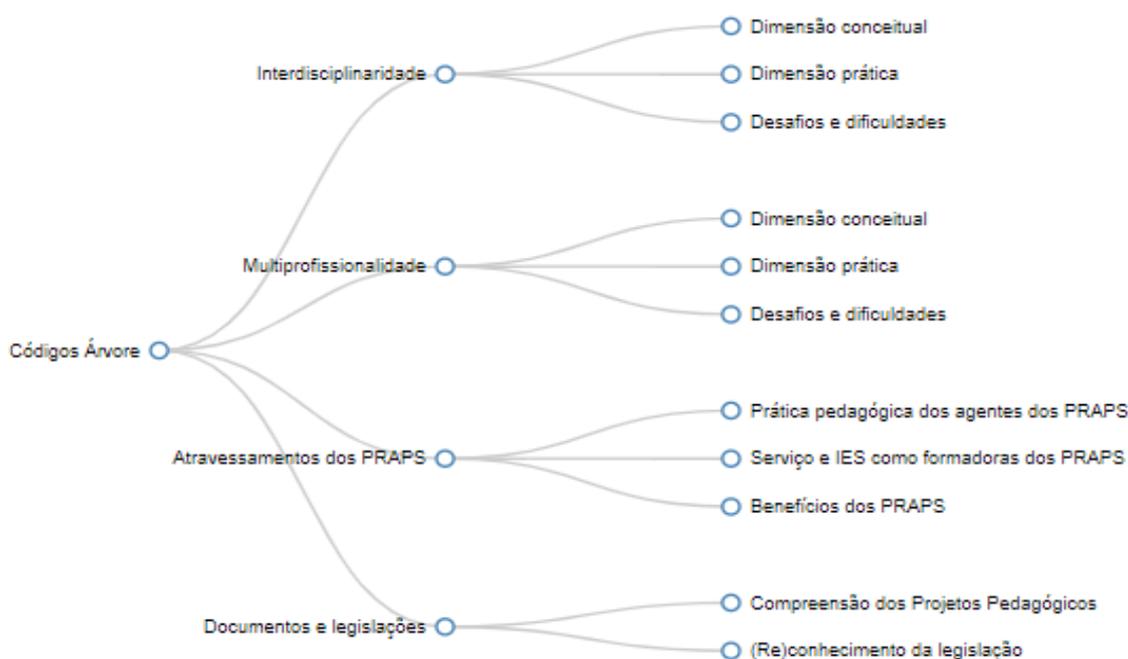


Figura 10 - Mapa das categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas. WebQDA, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora com o webQDA.

6.4.1 Categoria Interdisciplinaridade

a) Subcategoria – Dimensão conceitual

A compreensão conceitual dos participantes sobre a interdisciplinaridade é de que se trata de um fenômeno marcado pela integração, interlocução e junção de diversas áreas de conhecimento na construção do cuidado, por meio de um processo de comunicação ativa, de diálogo e ação cooperativa entre os trabalhadores da equipe multiprofissional para o atendimento do paciente (FAZENDA 1992).

Penso que seria, são disciplinas integradas, seria um espaço de trocas pensando num plano de cuidado comum a todas as áreas, são diversas disciplinas juntas numa mesma proposta (P13)

Não é só ter diferentes áreas, mas elas realmente terem essa interlocução, conseguirem desenvolver um trabalho junto...fazer com que tenhamos vários olhares das diversas profissões, né, de maneira a ter o cuidado do paciente de uma forma mais integral ... com uma comunicação muito ativa, com trabalho realmente buscando essa complementação, esse cuidado mais integral, eu acho que é basicamente isso (P9)

Compreende um processo que ele é mais cooperativo, que ele acaba fazendo a construção de uma ação que envolve conhecimentos que se interligam são...(P3).

...eu acho que é um processo tem uma coletividade diferente, vejo que precisa principalmente uma condição de uma interação maior entre áreas, e vejo que tem uma característica com relação a integralidade do cuidado. (P3).

As compreensões dos participantes da pesquisa levam a crer que existe um entendimento de que a interdisciplinaridade envolve diálogo e abertura para o novo, um “plano de cuidado comum”, mas que não necessariamente tenha que existir consensos já que, além de se tratar de um permanente movimento dialético, também pode se mostrar contraditório. As práticas interdisciplinares exigem dos envolvidos uma postura de parceria e de diálogo, mas que deve especialmente buscar alcançar a totalidade do conhecimento (FAZENDA 1992).

Sua característica também é a ousadia em romper os limites das fronteiras entre as diferentes áreas de conhecimento, sem particularizar uma em detrimento de outra, mas sim respeitar as particularidades, de maneira a estabelecer um diálogo contínuo, permanente (FAZENDA, 1992) e cooperativo o que se aproxima à ideia do trabalho em equipe multiprofissional.

Quando associada ao trabalho em equipe envolvendo as diferentes profissões, pode implicar ter uma consciência dos limites e das potencialidades de cada área profissional para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994) com vistas “a integralidade do cuidado”.

b) Subcategoria – Dimensão prática

Ao serem perguntados sobre como percebiam a aplicação prática da interdisciplinaridade nas atividades do programa de residência em que atuavam, os participantes responderam que consideravam a evidência dessa aplicação: a existência de um “eixo transversal” comum a todas as áreas profissionais envolvidas na RAPS; os momentos de discussão coletiva de caso; os rounds (discussão de casos clínicos) profissionais e interprofissionais;

O eixo transversal, na verdade ele constitui a disciplina que é um dos exemplos é a disciplina que são as bases da interdisciplinaridade. (P12)

Os estudos de caso, por exemplo, eles atendem um paciente, quando chegou no hospital, quando está na idade de internação, quando faz a quimioterapia, quando faz algum tipo de procedimento aí eles trazem as suas contribuições, discutem, aquilo, estabelecem um plano de ação e dão continuidade ao atendimento desse paciente nessa perspectiva, então os rounds, os momentos de estudo de caso são os momentos em que isso é discutido, mas no dia a dia acontece a beira leito mesmo. (P8).

Os rounds profissionais ou interprofissionais que acontecem dentro da instituição e que tem a participação dos residentes de todas as áreas e a atuação como time, que a gente utiliza essa nomenclatura criada internamente na instituição. (P2)

O Eixo Transversal é um modelo de estrutura disciplinar que se assemelha a uma proposta de currículo de integração (BERNSTEIN, 1996), em que as disciplinas dialogam entre si permitindo que os diferentes conhecimentos das áreas profissionais interajam dentro de um plano de cuidado (P12; P8). Nesse sentido, o formato adotado pelas disciplinas, por vezes, conforme o tipo de relação e de suas práticas comunicativas, pode estabelecer graus fortes ou fracos de dependência entre si, a depender das relações de poder entre as categorias discursivas, dos níveis hierárquicos, e vir ou não a conflitar com os interesses, necessidades e intenções de determinadas áreas profissionais que os propõem (BERNSTEIN, 1996).

As formas em que esses eixos acontecem podem ser por meio de estudos de caso, no qual é apresentado o histórico do paciente, seus processos clínicos, sociais

e psicológicos, possibilitando que as áreas como a enfermagem, farmácia, psicologia e fisioterapia intervenham a favor de um melhor atendimento, estabelecendo planos de ação que auxiliem na sua resolubilidade (P8; P2).

O trabalho coletivo realizado por equipes multiprofissionais não reduz ou recusa a qualificação do trabalho de cada profissão. As formas como os eixos transversais ocorrem favorecem o processo de fortalecimento do campo de saberes teórico-práticos e competências relativas ao exercício profissional, ajustado no processo de construção de práticas interdisciplinares e integrais (CLOSS, 2012).

Os rounds são estratégias pedagógicas que se desenvolvem por meio de práticas colaborativas, que ocorrem comumente em programas e residência e que tomam corpo a partir da colaboração das áreas profissionais envolvidas no tratamento e recuperação de pacientes, o que favorece a interdisciplinaridade (ARNEMANN, 2018). Geralmente eles ocorrem à beira do leito, e o paciente também pode colaborar, oferecendo os elementos necessários à equipe multiprofissional para auxílio da continuidade do cuidado e que essa equipe geralmente é composta pelos residentes das diferentes profissões envolvidas no caso clínico e acompanhados dos respectivos preceptores. No entanto não é determinante que esta prática acadêmica e assistencial garanta um encontro harmonioso entre esses agentes.

c) Subcategoria – Desafios e dificuldades

Quando questionados sobre os desafios e dificuldades da vivência da interdisciplinaridade no contexto da prática de formação, os participantes apontaram que: os residentes são oriundos de cursos de graduação que formam na lógica do cuidado especializado e não na perspectiva da integração; conseqüentemente os primeiros contatos e momentos de discussão com outras áreas profissionais podem ser difíceis.

Quando se fala em ensino nós cobramos os nossos graduandos, na área da saúde de uma forma muito isolada, eu acho que o conceito de multidisciplinaridade, de interdisciplinaridade tem, que ser começado a se trabalhar lá nos bancos universitários, para que quando os nossos residentes cheguem até nós ele não sofra esse impacto que até mesmo ameaça eles. (P1)

Num projeto político pedagógico que tem um eixo transversal, se batem profissões que nunca se viram, nunca se conversaram, precisam discutir os mesmos assuntos com níveis de conhecimento totalmente diferentes e isso atrapalha bastante o início. (P1)

O modelo biomédico de clínica tradicional (FURTADO, 1995) ainda influencia significativamente o formato com que os cursos de graduação são estruturados. Os profissionais docentes são egressos de um sistema que reconhece o paciente fragmentado e o isolado do seu meio social, o que gera um tratamento fortemente especializado e sem planejamento (TERRA; CAMPOS, 2019).

A carência da constituição de espaços coletivos e compartilhados aumenta a hierarquização e não democratiza o trabalho em saúde. O compartilhamento de saberes provoca reflexão entre as diferentes áreas profissionais, especialmente quando há um esforço contínuo dos membros da equipe, em um exemplo de atividade interdisciplinar autoconsciente favorecendo a superação do trabalho fragmentado (PEDUZZI, 2002).

Confluindo com esses argumentos, Bernstein (2018, p. 46) afirma que a classificação possui valores externos e internos. Assim, o autor considera que a classificação possui um valor externo na medida em que se refere a interrelações, abordadas, por exemplo, no depoimento acima de P1, e nos argumentos de Terra e Campos (2019). No que concerne à classificação interna, é importante observar as disposições dos espaços e de suas especializações. A ausência de espaços comuns, de uso coletivo, nesses Programas, tende a não oportunizar os diálogos e intercâmbios entre as/os diferentes profissionais, reforçando a especialização dos conhecimentos e, por conseguinte, dificultando a interdisciplinaridade.

Também foi apontado pelos participantes que nas instituições de saúde, as quais são campo de prática da residência, falta a “cultura da interdisciplinaridade”, pois o foco do trabalho é a realização de tarefas e procedimentos, e as reuniões para discussão ampliada do cuidado são consideradas gasto de tempo.

É bastante difícil porque não existe essa cultura da interdisciplinaridade, existe uma vontade, mas acredito que o modo como as coisas acontecem dentro das instituições, sejam elas da atenção básica, ou atenção mais secundária, ela já vem num modelo de tarefa, então discutir, conversar, trocar ideias é alguma coisa que é meio perda de tempo, mas acredito que todos os profissionais sabem do seu valor, mas na prática a gente não vê muito isso. (P8)

Os processos de trabalho nas diferentes unidades de saúde e níveis de complexidade não tendem a dialogar com outros conhecimentos que não o exclusivamente das suas áreas profissionais, em razão da deficiência dos processos de trabalho e da falta de recursos humanos em saúde em tempo suficiente para a realização de uma clínica mais ampliada. Neste caso, é importante refletir sobre a

teorização bernsteiniana, no que diz respeito ao enquadramento externo. Este concerne aos “controles sobre as comunicações alheias à prática pedagógica e que nela se introduzem”⁴⁸ (Bernstein, 1998, p. 46). Assim, pode-se considerar como exemplo a falta de tempo e de recursos humanos em número suficiente, impondo um ritmo que dificulta a promoção de reuniões mais alargadas sobre o cuidado.

Atualmente, evidencia-se a insuficiência de um modelo mais ampliado sendo questionada a capacidade de as disciplinas isoladas e saberes compartimentalizados fornecerem respostas aos problemas contemporâneos relacionados a questões econômicas, sociais, setoriais, tecnológicas, organizacionais e éticas (BASTOS et al, 2017).

Na opinião de alguns participantes, a suposta falta de tempo para o trabalho integrado e interdisciplinar faz com que a multiprofissionalidade se torne mais possível de ser realizada no dia a dia do campo de prática.

Nós enquanto equipes também não temos tempo hábil para sentar e discutir casos de pacientes da forma como a gente gostaria, então um ou outro paciente que é discutido enquanto equipe multi [...]. (P6)

Na prática do cotidiano, assim, principalmente do hospital a gente não vê muito isso, cada profissional atua na sua própria área, é super especializado naquilo que faz. (P8)

De certa forma o multi a gente ainda consegue razoavelmente fazer o trabalho de cada um, e muitas vezes tentar entrar em contato com algum outro profissional, às vezes não com todos em específico, mas muitas vezes com algum a gente consegue entrar e discutir, alguma vez trocar ideias, mas trabalhar de forma conjunta realmente eu acho que é mais complicado tem alguns casos. (P11)

Uma das principais características do trabalho em saúde é o trabalho em equipe multiprofissional que surge enquanto alternativa para efetivar o cuidado integral em saúde. Porém, a junção de diferentes profissionais não caracteriza por si só um trabalho em equipe, é necessário promover integração e comunicação entre os trabalhadores para que a equipe se efetive verdadeiramente (PEDUZZI, 1998). Por meio de uma relação próxima e dialógica resultam soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser estruturadas pela atuação de apenas um profissional de forma isolada, assim compreende-se que a condução de uma clínica integrada é fruto da cooperação de diversos agentes portadores de diferentes saberes (SALVADOR et al, 2011).

⁴⁸ No original: “controles sobre las comunicações ajenas a la práctica pedagógica que se introducen em ella”. Tradução nossa.

Ainda é muito presente o trabalho organizado por áreas profissionais – o paciente ainda é visto por partes, e seu tratamento permanece fragmentado. Entretanto, faz-se necessário desmistificar alguns equívocos do trabalho multiprofissional, sendo um deles relativo à necessidade de se abolir as especificidades de cada núcleo profissional envolvido. Além disso, é importante considerar que manter as especificidades técnicas é também fundamental, pois elas revelam a contribuição de cada núcleo de especialidade, ainda mais se executadas mediante uma prática autônoma. A construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a clínica ampliada, a discussão de casos entre as equipes, o matriciamento, entre outras tecnologias corroboram e viabilizam a prática multiprofissional (PEDUZZI, 2010).

Alguns participantes do estudo apontaram em suas falas a resistência de algumas categorias profissionais para a realização do trabalho interdisciplinar, mencionando maior dificuldade de aceitação dos profissionais médicos, odontólogos e farmacêuticos para a interdisciplinaridade. Infere-se que os profissionais médicos (categoria profissional mais antiga da unidade) ainda estão habituados ao “modelo biomédico” de cuidado e trabalho em que são eles quem determinam as condutas terapêuticas.

Neste aspecto complexo, entende-se que uma reflexão sobre a regionalização do conhecimento da teoria de Bernstein (1998) pode aportar contribuições. Segundo o autor, as regiões “constituem o meio de contato entre o campo de produção do conhecimento e qualquer campo prático⁴⁹”. Neste sentido, alega que “a regionalização do conhecimento tem numerosas implicações, o que constitui uma mudança na classificação do conhecimento⁵⁰”. (BERNSTEIN, 1998, p. 41).

[...] há dificuldade de algumas áreas profissionais ...entre as áreas eu acredito ainda que a odontologia que é uma área que não está dentro do programa em urgência e emergência ...dentro do programa em urgência e emergência e acho que a maioria das áreas já está bem inserida, assim, mas se eu tivesse que realmente citar uma área eu diria ainda que a farmácia é a que tem uma dificuldade maior. (P2)

Primeiro que o ponto central de atendimento ao cliente que é o médico, ele acaba não fazendo parte dessa equipe de forma tão presente para que a

⁴⁹ No original: “Las regiones constituyen el medio de contacto entre el campo de la producción del conocimiento y cualquier campo práctico” (BERNSTEIN, 1998, p. 41). Tradução nossa.

⁵⁰ No original: “La regionalización del conocimiento tiene numerosas implicaciones, lo que constituye un cambio en la clasificación del conocimiento”.

gente possa sentar e discutir os rounds que a gente realiza dos pacientes enquanto equipe não tem a presença do médico. (P6)

Infere-se que a resistência ou falta de proximidade de muitas categorias profissionais ocorre pela forma de vínculo e inserção institucional, certamente relacionada ao papel social ocupado por essas categorias profissionais, de um suposto saber inquestionável, que por vezes diz respeito às relações de poder na estrutura social (GOMES; DESLANDES, 1994). Tendo em conta os depoimentos das/os entrevistadas/os, é possível perceber, com base na teoria bernsteiniana, uma classificação forte entre algumas categorias profissionais.

É importante salientar, ainda, que o fato de existirem formas distintas de exercício profissional entre sujeitos inseridos na mesma conjuntura econômico-social a um processo de formação semelhante, trabalhando em um mesmo contexto e na mesma instituição, nos remete ao conceito de coprodução de sujeitos, isto é, essas diferenças nas formas de envolvimento, ou até de engajamento, entre algumas profissões esultam tanto do protagonismo distinto de agentes quanto da heterogeneidade e das contradições das instâncias nas quais estão envolvidos (TERRA; CAMPOS, 2019).

Os participantes relataram que a dificuldade de trabalhar em equipe é também fator dificultador da prática interdisciplinar no contexto do hospital. Segundo os relatos, a falta de coesão da equipe e ainda o fato de não haver fluxos de trabalho definidos, com horário e local específicos para os encontros das equipes realizarem discussões de caso também influenciam negativamente a ocorrência da interdisciplinaridade.

é mais difícil a inter que depende da equipe trabalhar de forma conjunta, eu acho eu tem mais relação com a dificuldade de trabalho em equipe, que eu acredito que esteja dentro do conceito de interdisciplinaridade, mas eu confesso que para mim ainda esses conceitos não são tão fáceis de diferenciar porque eu entendo que eles funcionam meio que em conjunto. (P2)

Eu vejo que passa muito pela questão da organização do serviço, os processos interprofissionais, porque quando não tem esse caráter aí eu consigo estabelecer, olha, eu vou avaliar o paciente de manhã e a demanda da psico é assim, mas quando impacta em ter a troca com outros, e a ideia é poder fazer um atendimento muitas vezes em conjunto, eu preciso que tenha esse fluxo estabelecido, porque eu preciso da sala naquele horário para que todos possam fazer a sua intervenção. P3)

Porque a gente não tem uma equipe tão coesa pensando no acesso à equipe médica, e segundo pelo tempo que demandaria para discussão de casos de toda a equipe. (P6)

A rotina dos serviços de saúde, por vezes, é muito atribulada, fazendo com que os profissionais operem na estrutura assistencial sem processos definidos decorrentes da falta de protocolos clínicos, o que dificulta a interdisciplinaridade. Porém, fazer igual ou mais sobre o mesmo ocasiona as maiores dificuldades no

cuidado integral. O não desenvolvimento de uma estrutura organizada pode determinar situações não vantajosas no ponto de vista do paciente e da equipe que o acompanha (BASTOS et al, 2017).

A ausência de rotinas e de protocolos clínicos resulta em fragilidades no tratamento e pós-tratamento, assim como no reconhecimento de toda a equipe multiprofissional. Para atingir o objetivo de manter uma boa integração do ponto de vista interdisciplinar, é necessário que a equipe se mantenha integrada para que passem a agir-pensar alinhados de acordo com o esperado para atender às necessidades de saúde (BASTOS et al, 2017).

Outro ponto levantado pelos participantes do estudo, nomeadamente aqueles com vinculação com a Instituição de Ensino Superior (formadora) responsável pela coordenação da RAPS, é a presença de apenas um docente responsável por disciplina na RAPS como ponto dificultador de operacionalização da interdisciplinaridade

Ah sim, com certeza, principalmente porque às vezes você só tem um docente para trabalhar com a disciplina, então para tornar essa disciplina, muitas vezes de caráter interdisciplinar tu precisa de mais de um docente, às vezes, dividindo a disciplina, colaborando com a construção dela e às vezes não é possível dentro do âmbito institucional por causa da questão de carga horária (P10)

A residência, por ser uma modalidade de ensino em serviço em que a carga horária se concentra na maior parte em atividades práticas, não necessariamente carece que as disciplinas possuam mais do que um docente já que é no campo da prática e com os demais membros da equipe que ela se operacionaliza. Entretanto, há destaque para que os conhecimentos que nela transitam ocorram de forma interdisciplinar, ou seja, dialogando com diferentes áreas do conhecimento, transversalmente.

O que eventualmente pode ocorrer é que fruto da tradição centrada na doença, a disciplinarização e a profissionalização trazem para as atividades teóricas e práticas em saúde o estabelecimento de espaços demarcados, hierarquizados e processos comunicacionais multiprofissionais rígidos e especializados (DIAS; SOUSA; LEITE, 2012).

O que pode colaborar com a atenuação deste fato é a forma com que se organizam os agentes, os processos e os serviços; com fronteiras mais permeáveis, flexíveis e fracas entre os saberes em saúde, podem privilegiar uma aprendizagem

compartilhada. Conforme compreendido através da Classificação, conceito empregado por Basil Bernstein (1998a), as relações de poder e as de manutenção de fronteiras entre diversas categorias (agentes, espaços etc.) podem ser classificadas como fortes ou fracas. Dessa maneira, os princípios de classificação estabelecem e constroem o significado e a identidade de cada categoria, bem como os limites presentes nas relações pedagógicas (MAINARDES; STREMEL, 2010).

6.4.2 Categoria – Multiprofissionalidade

a) Subcategoria – Dimensão conceitual

De acordo com os participantes do estudo, a multiprofissionalidade pode ser definida como: a justaposição de ações de áreas distintas, de diversos profissionais envolvidos no mesmo objeto de atenção e cuidado. Ações essas que podem ou não ocorrer ao mesmo tempo, mas que não são realizadas de forma integrada e compartilhada como na perspectiva interdisciplinar.

Para mim a multiprofissionalidade é quando existe uma equipe de várias áreas que atuam em conjunto, porém não se discute e não se toma uma decisão levando em consideração todas as ações e toda a equipe que está incluída nesse processo, são tomadas de decisões particulares de cada área levando em consideração atividade dos outros profissionais, porém sem uma discussão e uma tomada de decisão em conjunto. (P6)

Aí me remete à profissão, mais de uma profissão, como se fossem vários profissionais, porém cada um com suas especialidades, não sei se eu posso dizer assim, mas ao mesmo tempo são várias profissões, mas sem relação uma com a outra, não vejo tanto a questão do resultado integrado, né, como a interdisciplinaridade, eu vejo ela mais vários profissionais, porém cada um com suas especialidades, trabalha-se com o mesmo objeto, mas cada um com as suas particularidades. (P7)

São os profissionais de suas áreas, fisioterapia, fisioterapeuta, enfermeiro, médico, enfim, atendendo, por exemplo, o mesmo paciente cada qual na sua área, mas por muitas vezes conseguindo trocar ideias, e conversar sobre cada caso. (P11)

A multiprofissionalidade eu acho mais fácil de falar, porque é a interação entre os diferentes profissionais, farmácia, enfermagem, os médicos, isso eu vejo que acontece muito na residência multiprofissional, que isso a gente tem realmente, esse convívio. (P13)

A multiprofissionalidade nesse contexto está diretamente associada ao trabalho em equipe. Nessa condição, parece que há uma nítida percepção de que trabalhar de forma multiprofissional não significa trabalhar integrados e integralmente (PEDUZZI, 1998; 2001; 2009; 2012; 2013; 2015; 2016a, 2016b),

Quando há uma justaposição de categorias profissionais em determinado foco, pode se considerar, conforme Peduzzi (2016), uma equipe agrupamento em que o trabalho de diferentes profissionais ocorre por meio de diferentes tecnologias, mas mantém a assimetria de relações, podendo assim envolver relações de poderes e de saberes (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016a).

Complementarmente, por outro lado, Bernstein (1996, 1998a), quando desenvolve os conceitos relacionados aos processos de trabalho e às práticas pedagógicas denominados de classificação e de enquadramento, pode categorizar como: menor iniciativa de agentes envolvidos, menor integração dos saberes acadêmicos (profissionais) com os saberes cotidianos, aumentando a visão hierárquica e dogmática do conhecimento. Neste estudo há uma correlação teórica entre os conceitos empregados por Marina Peduzzi (1998; 2001; 2009; 2012; 2013; 2015; 2016a, 2016b) e Basil Bernstein (1996, 1998a).

Apesar de alguns participantes acharem mais fácil compreender e atuar na perspectiva multiprofissional, chama atenção o relato de uma das entrevistadas quanto à confusão da diferenciação conceitual que ela relata ter do que vem a ser a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

Eu mesmo tenho essa confusão, o que é interdisciplinar e o que é multidisciplinar. Na verdade para mim é basicamente o mesmo conceito, por isso é que eu tenho essa confusão do que é cada um, na verdade eu uso os dois termos como se fosse a mesma coisa normalmente. (P14)

A fragilidade que advém da falta de formação da equipe envolvendo docentes, tutores e preceptores do PRAPS é algo que se mostra como importante ponto de atenção. As residências são modalidades de formação em serviço que se encontram no campo da saúde, mas que transversalmente estão atreladas ao campo educacional, o que suscita a necessidade de maior conhecimento sobre os assuntos educacionais. Contudo, a integração ativa dos profissionais dos serviços, nesta perspectiva, ainda é um desafio, considerando, entre outros aspectos, o frágil incentivo institucional, a grande jornada de trabalho e a baixa oferta de desenvolvimento docente e formação de preceptoria. Ademais, muitos desses profissionais que exercem a função de preceptoria não usufruem, ao longo de sua formação acadêmica, de metodologias de ensino pautadas no trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em busca da integralidade dos cuidados (CHEADE et al, 2013).

b) Subcategoria – Dimensão prática

Quando questionados sobre como percebiam a multiprofissionalidade ocorrendo na prática dos PRAPS, os participantes do estudo relataram que, no início da formação, os residentes são apresentados aos vários eixos profissionais que compõem a unidade hospitalar e a própria residência. Ao caminhar no percurso formativo, as ações de cuidado e aprendizado vão evoluindo para interdisciplinaridade, à medida em que os residentes vão interagindo entre si, com as outras áreas do hospital e com os outros dispositivos da rede de atenção à saúde.

Sim, sim, nós trabalhamos, todos nós aqui iniciamos nosso programa mostrando o que é a multiprofissionalidade, e a partir desse conhecimento desenvolvemos pequenas ações que migram, mas posso dizer que no segundo semestre do programa elas migram para ações interdisciplinares. (P1)

Os cenários em que os residentes estão inseridos eles trabalham de forma multiprofissional, cada um com sua especialidade, eu acho que independente do cenário, seja no âmbito hospitalar, seja na atenção básica, cada um trabalha, percebe isso, né, na sua área de atuação. (P7)

A multiprofissionalidade ela acaba acontecendo muito por encontros com os colegas no corredor ou por mensagens de aplicativos, as trocas são muito online. (P6)

Nós temos, por exemplo, nas sextas-feiras a cada quinze dias, alguns estudos onde nós podemos encontrar todas as áreas que atuam com esse paciente, a gente consegue conversar sobre o que cada especialidade vem fazendo. (P11)

Também no dia a dia, né, a gente traz em pauta tudo que vem sendo feito, e aí a gente vai definindo quais os objetivos para cada área, e ao mesmo tempo de forma geral também para o paciente em conjunto. (P11)

Da multiprofissionalidade eu acho mais fácil porque é a prática do dia a dia, a gente sempre tem que conviver com os outros profissionais para poder realizar o nosso trabalho, eu não consigo fazer diversas coisas sem falar com os outros profissionais, então eu acho que a multiprofissionalidade é mais fácil. (P13)

Infere-se que, em alguns casos, a prática multiprofissional no contexto da RAPS se encarrega de encaminhar os residentes para atividades interdisciplinares O trabalho assistencial, quando ocorre voltado para a integralidade do cuidado, desempenhado pelas equipes multiprofissionais, resulta na interdisciplinaridade, já que, neste estudo, os três conceitos estão possivelmente atrelados. O trabalho em equipe tem como intenção a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que

interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se integrar e complementar na prática do outro, ambos sendo qualificados para a intervenção na realidade em que estão inseridos, a articulação de saberes e a divisão do trabalho, ou, da especialização do trabalho em saúde (ARAÚJO et al, 2017).

A integração entre os residentes e áreas de cuidado pode ser favorável desde o início do Programa, acontecendo por meio da convivência diária entre os agentes que fazem parte do campo de prática, incluindo momentos de trocas informais nos espaços de circulação coletiva. Ademais, a multiprofissionalidade não pode ser entendida como uma reunião de diferentes categorias profissionais. Sejam em quais forem os espaços que eles estejam, é fundamental garantir que haja um direcionamento dessas equipes com vistas ao trabalho integrado e comunicativo (SILVA; MENDES, 2013).

c) Subcategoria – Desafios e dificuldades

No que toca aos aspectos restritivos da prática multiprofissional no contexto das RAPS os participantes do estudo apontaram como dificuldades: a atuação de profissionais de áreas com limites próximos, o que pode ocasionar divergência na conduta de cuidado diante do mesmo objeto de atenção em saúde. Junte-se a isso a forte presença de um processo de trabalho ainda marcado pelo modelo biomédico, e as consequentes disputas de poder que dele surgem na micropolítica do dia a dia de trabalho entre as interfaces de atuação, evidenciando uma classificação forte (Bernstein, 1998) entre as áreas profissionais em interação no campo da prática. As falas que seguem abaixo exemplificam:

Nesse momento a gente sabe que a gente corre vários riscos onde nós temos profissões que não tem um limite muito conhecido da sua atuação ou nós corremos o risco de colocarmos algumas profissões que tem orientações diferentes acerca do mesmo objeto, e isso se transforma, muitas vezes, num grande problema (P1)

Ainda temos dentro da área da saúde o modelo biomédico, mesmo que a gente não queira assumir isso, nós trabalhamos com esse conceito, as várias áreas profissionais que estão envolvidas elas ainda estão buscando um espaço (P1)

Para exemplificar: a farmácia é uma das áreas profissionais que mais dificuldade tem de se colocar em função de que o farmacêutico trabalha com os processos de farmácia clínica e ele precisa necessariamente de uma

conversa e uma interpelação direta com o profissional médico que ele está tratando com prescrição médica, prescrição medicamentosa e isso muitas vezes é entendido como uma afronta pelo médico, porque lá, torno a dizer, porque lá nos bancos universitários o médico nunca ouviu falar na interferência do profissional farmacêutico naquilo que ele prescreve. (P1)

O saber especializado gera disputa de sentidos e significados na prática profissional entre determinadas categorias, o que por sua vez pode aumentar as dificuldades de adaptação para o trabalho cooperativo e compartilhado em saúde. Quando se fala em multiprofissionalidade e equipe multiprofissional ainda há uma forte tendência de que o processo de ensino-doença esteja centrado no cuidado individualizado de determinadas categorias profissionais. A questão central se dá em como essas relações e comunicações ocorrem no processo de trabalho. Haja vista que o diálogo e o compartilhamento de saberes provocam reflexão entre os agentes, principalmente quando há uma intenção permanente ou contínua de alguns profissionais da equipe interdisciplinar em compartilhar processos terapêuticos no cuidado ao paciente (TERRA; CAMPOS, 2019).

Assim como nos resultados apresentados na categoria da interdisciplinaridade, a falta de tempo e espaço formal para encontros sistemáticos e permanentes entre os profissionais das equipes aparece como entrave à concretização do trabalho multiprofissional nas PRAPS.

As maiores dificuldades realmente seriam de conseguir um espaço, um tempo para que as equipes conseguissem conversar junto, e eu acredito que em alguns casos, claro não são todos os profissionais, não todas as equipes, mas muitas vezes a gente não consegue até de forma não multi com todas as equipes. (P11)

A insuficiência de tempo destinado ao exercício multiprofissional representa na fala dos preceptores uma expressiva fragilidade para o desempenho da preceptoria. Diante dessas falas, percebe-se o possível prejuízo que a falta de compreensão por parte dos gestores em que os Programas são desenvolvidos sobre como o trabalho dos preceptores reflete no processo de formação dos profissionais envolvidos na residência, especialmente os residentes (BISPO et al, 2014). Esse possível desconhecimento resulta também na dificuldade que espaços e atividades de ensino sejam garantidos no cotidiano da Residência (ARAÚJO et al, 2017).

A carência de uma política de recursos humanos (EPS) que esteja a favor dessa modalidade de pós-graduação ainda pode ser um dificultador do trabalho de preceptores que acumulam diversas funções. Pelo desconhecimento de gestores,

desse tipo de processos de ensino-trabalho, há uma forte tendência que sejam acumuladas mais atividades às que normalmente o profissional de saúde acumula. Em muitos casos, o profissional que se dedica à função de preceptor é aquele que possui maior envolvimento com o ensino e, simultaneamente, atua dentro do ambiente de trabalho e de formação no momento da prática clínica (RODRIGUES, 2020).

6.4.3 Categoria – Atravessamentos dos PRAPS

Na categoria “atravessamentos dos PRAPS”, foram localizados os seguintes conteúdos: práticas pedagógicas dos agentes da RAPS, nomeadamente docentes, tutores, preceptores e coordenadores; benefícios e desafios do serviço como o formador e coordenador do PRAPS, bem como os benefícios e desafios da IES como formadora e coordenadora do PRAPS; por fim foram incluídas as mais valias apontadas pelos participantes da existência dos PRAPS no contexto do Hospital. Apresenta-se, a seguir, uma síntese dos conteúdos encontrados em cada subcategoria de análise acompanhada dos relatos dos entrevistados para exemplificar os temas apresentados.

a) Subcategoria – Prática pedagógica dos agentes da PRAPS

Segundo os participantes, é importante ter docentes, preceptores e tutores que não sejam as mesmas pessoas para dar aos residentes mais senso crítico dentro da formação. Os entrevistados apontam que ter mais profissionais na equipe da Residência permite que cada um assuma um papel apenas, garantindo menos sobrecarga da equipe e mais variedade e amplitude de pontos de vista na formação dos residentes.

A partir do momento que se tem profissionais com a mesma formação mas que tem diferentes experiências, seja como docente, seja como preceptor eu acho que isso enriquece mais o residente do que um grupo muito pequeno, às vezes, de docentes e preceptores de um programa só da instituição executora que vão dar uma visão um pouco mais limitada em relação a formação. (P2)

Quando você tem mais profissionais envolvidos e quando você tem alunos que precisam, às vezes, de acompanhamento de tutoria para a execução principalmente de trabalhos de conclusão de residência, ou até mesmo na criação do senso crítico, às vezes o residente sendo acompanhado só pelo preceptor que também seria o tutor, que também seria o docente tem uma visão muito mais restritiva pela própria experiência desse profissional. (P10)

O desconhecimento de gestores das unidades de saúde em que os programas acontecem sobre os processos administrativos e pedagógicos, a fragilidade das interações dos serviços e dos preceptores com as IES na pactuação das atividades de ensino é um desafio para o corpo docente-assistencial. Em determinadas situações, a função deste agente pode sofrer vários prejuízos do ponto de vista da formação dos residentes, já que pode ser assumida por uma imposição dos serviços, resultando no acúmulo de funções e de papéis (BOTTI; REGO, 2008; STEINBACH, 2015). Tal circunstância suscita uma reflexão com base na teoria bernsteiniana, pois a eventual concentração do controle por parte de tais agentes, reforçaria a força do enquadramento. Considerando tal realidade, espaços de diálogo, compartilhamento de experiências e trocas de comunicação entre os envolvidos no processo de integração do ensino em serviço podem ser fundamentais (BERNSTEIN, 1996).

A diversidade de profissionais e a de funções que ocupam é fundamental para que sejam ampliadas as perspectivas do cuidado integral e das interações das equipes e dos conhecimentos envolvidos no processo formativo da residência. Os preceptores acreditam que encontros coletivos envolvendo os preceptores, os tutores e docentes fortalecem o coletivo na perspectiva multiprofissional, ampliam o debate, reduzem a sobrecarga, diversificam e integram o conhecimento (ARNEMANN, 2018).

A partir da fala dos participantes, compreende-se que os entrevistados têm clareza de que há uma divisão de atribuições para cada agente dentro do PRAPS: o tutor fica a cargo de orientar e acompanhar a elaboração do trabalho de conclusão de curso, estudo dos artigos científicos, desenvolvimento e integração da parte acadêmica do Programa com os cenários de prática (estratégias pedagógicas teórico-práticas); o preceptor está envolvido com o acompanhamento e supervisão direta das atividades práticas do dia a dia de trabalho da residência (estratégias pedagógicas práticas); e o docente é o responsável por ministrar as aulas dos componentes teóricos da residência (estratégias pedagógicas teóricas).

Acho que como preceptora a gente tem um envolvimento muito mais prático no dia a dia deles, assim, e como tutora eu trago essa questão mais científica e vejo a dificuldade que eles têm em valorizar, também, a produção científica, então os artigos, tem uns que tem bastante desenvoltura nesse sentido, mas ainda não é uma coisa tranquila fazer leituras de artigos” (P8)

Eu dou uma disciplina de bioestatística e epidemiologia em que ela é dada para diferentes áreas de atuação profissional, para farmácia, para enfermagem, para nutrição, para medicina veterinária, para odonto, para fono, então eu tenho que abordar dentro dessa grande área que é a

bioestatística e epidemiologia diferentes aspectos nessas diferentes áreas, para poder também exemplificar para eles as semelhanças e diferenças em relação à epidemiologia na saúde e na própria medicina veterinária que tem algumas particularidades. (P10)

A modalidade das residências em saúde tem no escopo da orientação legal que as regulamenta diretrizes que organizam os papéis tanto dos agentes envolvidos nessa formação em serviço, quanto na estruturação de uma matriz curricular que contemple as estratégias pedagógicas dos programas (BRASIL, 2012a). A partir do que as falas dos entrevistados representam e sobre essa dinamicidade entre atribuições dos docentes, tutores e preceptores e as estratégias pedagógicas, é percebido que a legislação da política das RAPS no contexto do currículo e das práticas pedagógicas foi recriada e reinterpretada (BALL, 2001), ou seja, e postas em prática pelos agentes pertencentes ao corpo docente assistencial dos programas estudados.

Chama à atenção a fala de uma das entrevistadas que desempenha o papel de preceptora. Segundo ela, no acompanhamento dos residentes, é possível perceber o tensionamento da unidade hospitalar para que os residentes priorizem os procedimentos e a execução das tarefas práticas em detrimento dos estudos de caso clínico interdisciplinares e multiprofissionais. Estudar e analisar em profundidade os exames clínicos para compreender melhor a condição dos pacientes é muitas vezes considerado período de pausa do trabalho. Tal prática reforça assim os resultados encontrados tanto na categoria da multiprofissionalidade, quanto na categoria da interdisciplinaridade, no que se refere às dificuldades para um trabalho cooperativo focado na clínica ampliada, em que as discussões de caso e os momentos de estudo coletivo são considerados pouco relevantes.

Como preceptora eu sempre defendia muito essa história do ensino em serviço, o profissional ele é o residente, mas ele está ali para estudar também, e um ranço muito grande do hospital é que parece mão de obra barata, ele vai lá, trabalha, faz plantão, mas se ele parar para estudar ou para refletir alguma questão do próprio paciente, fazer uma análise mais acurada dos exames laboratoriais, por exemplo, ele está perdendo tempo, só que é esse o objetivo principal da residência, ele fazer uma reflexão em relação à prática, né, então como preceptora eu sempre lutei por isso, assim, para que eles realmente refletissem (P8).

Os rounds e estudos de caso interdisciplinares e multiprofissionais também são considerados como as melhores práticas nos PRAPS configurados como trocas de experiências e saberes, fundamentais para a (re)construção de práticas que buscam

maior atenção à saúde dos usuários do SUS (ARNEMANN et al, 2018). No entanto, para a maioria dos serviços há uma tendência a não compreensão do que esse processo formativo possui como prioridade. As instâncias de saúde comumente visualizam os PRAPS como estratégias para dinamizar os serviços. Nesse sentido, alguns espaços de residência podem estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que a uma experiência de formação para o SUS (SILVA, 2016).

b) Subcategoria – Serviço e IES como formadoras dos PRAPS

Foram dois os programas investigados nesta pesquisa, um tendo como Instituição Formadora a Universidade e outro tendo como Instituição Formadora o Hospital. Ambos executados dentro da mesma Unidade Hospitalar. Ao analisar a fala dos entrevistados, foi possível perceber que algumas especificidades da Instituição Formadora atravessam o funcionamento dos PRAPS.

Para alguns entrevistados, quando o programa de residência ocorre tendo o hospital como instituição formadora e executora, simultaneamente, é preciso superar o desafio de constituir um processo formativo com uma equipe profissional que, apesar de ter uma experiência prática e vivencial, muitas vezes não possui competência e formação pedagógica para a tarefa do ensino. Junte-se a isso o fato de os profissionais terem que assumir mais de um papel no contexto da residência, desempenhando além da tarefa assistencial, os papéis de preceptor, tutor e docente. Esse cenário pode gerar sobrecarga, limitar as discussões e atuação dos residentes a uma prática restrita ao trabalho em equipe multiprofissional e distante da interdisciplinaridade.

Qual é a diferença notória para nós, para o próprio hospital ser a instituição formadora e executora de um programa de residência multiprofissional pode parecer um processo mais difícil, porque nós não temos profissionais suficientes voltados ao ensino, dentro disso [...] historicamente são [...] a expertise do desenvolvimento pedagógico, do desenvolvimento acadêmico ela se torna um desafio para essa discussão. (P1)

Eu vejo que talvez os programas não vinculados à universidade eles dão certo se tem um grupo que vai em busca da formação, porque não dá para se ofertar para o residente uma réplica só do meu achismo. Eu preciso sair da minha zona de conforto, eu preciso estudar, e muitas vezes o profissional do hospital não tem essa característica, então acho que por essência o professor, que é o profissional vinculado à universidade ele acaba tendo essa característica de ser formador, então tu precisa contar com o grupo que tenha esse desejo, né, esse movimento. (P3)

As questões sobre a importância de uma instituição formadora vinculada aos programas de residência e com isso obter maior apoio pedagógico enlaçam os debates centrais deste estudo. A não obrigatoriedade de uma instância formadora nas bases da matriz curricular suscita nos entrevistados questionamentos sobre a importância de ter ou não uma universidade que apoie os PRAPS nos aspectos curriculares.

A falta de formação pedagógica do preceptor pode acarretar fragilidades no ensino e na compreensão sobre a interdisciplinaridade. A literatura demonstra que os preceptores por vezes não se sentem preparados para desempenhar o seu papel de formador (RODRIGUES, 2020). Complementarmente, os entrevistados também relatam que o preceptor precisa de espaços para a sua qualificação profissional para que conduza melhor o ensino e para que o mantenha atualizado.

Quando o programa de residência ocorre na modalidade parceria ensino (instituição de ensino superior) serviço (hospital) é possível contar com a expertise acadêmica e pedagógica de um corpo docente preparado para o processo de aprendizagem, mas que muitas vezes não conhece a realidade do contexto assistencial do hospital e tampouco da rede de atenção à saúde que compõe o campo de prática.

Já instituição de ensino superior não vive as dificuldades pedagógicas, acadêmicas e organizacionais porque tem uma instituição de ensino superior por trás com todo conhecimento e a expertise acadêmica, em contrapartida a instituição de ensino superior muitas vezes não conhece a realidade vivida assistencial. (P1)

Uma discussão que tem aqui, é o quanto a teoria ela é importante, porque às vezes tu tem profissionais que tem vivência e que ficam num processo que é muito empírico, por que eu uso tal manejo em tal situação, ah, porque eu acho que é assim, e aí falta essa questão da cientificidade que é fundamental. (P3)

A distância entre a teoria e a prática é outro fator determinante no ensino. Seja qual campo estiver inserido ou área profissional, a teoria quando desvinculada da prática não se consolida, a modalidade de formação ensino em serviço parte do pressuposto de que a teoria deve estar alinhada à prática dos serviços e que o conhecimento acadêmico deve ter sentido para a qualificação dos processos assistenciais (RODRIGUES, 2020).

As entrevistadas ressaltaram que, muitas vezes, a distância e o desconhecimento dos docentes da Instituição de Ensino do dia a dia do hospital, podem acarretar um processo formativo mais centrado no aspecto teórico-conceitual

do que teórico-prático que é de mais valia dos PRAPS. Sendo assim, torna-se um ponto positivo na organização do Programas ter o próprio hospital como instituição formadora e executora, pois as chances de agilidade no alinhamento entre as necessidades práticas de formação do residente e as ofertas do eixo teórico passam a ser maiores.

Nós enquanto instituição executora sabemos o que o residente vive e o que ele precisa conhecer, talvez muito mais do que quem tem por trás, chancelando seu programa de instituição de ensino superior. (P1)

A questão da relação do que é debatido teoricamente com que eles vivem no dia a dia aqui, então toda a estrutura teórica que nós organizamos no Programa de Residência em Urgência e Emergência em área de concentração, né, o mesmo ponto de vista do eixo específico lá, vai muito ao encontro daquela demanda que o residente nos traz. Eu estou com residente em urgência atendendo morte encefálica, eu tenho previsto na minha grade trabalhar a subjetividade, que é a questão psicológica na morte encefálica, porque é algo que vai atingir famílias que estão vivendo esse processo, então eu subsidio o residente a atender o protocolo, atender a família no caso do protocolo abastecido do referencial teórico. (P3)

O conhecimento prático da equipe ensino assistencial é fundamental para a formação do residente, que apreende conjuntamente com o preceptor no exercício da prática assistencial. Dessa forma, é fundamental que o residente conviva com protocolos clínicos atualizados, discussão de casos clínicos e rounds envolvendo as equipes multiprofissionais, porque é a partir dessas experiências de trabalho em saúde que ele alcançará a sua formação (SILVA, 2018). Nesse sentido, o programa que está vinculado a uma instituição de saúde, nesse caso hospitalar, poderá favorecer maiores oportunidades de contato com profissionais que exercem o trabalho no serviço.

Apesar dos desafios existentes na relação entre a instituição de ensino superior como formadora e o serviço como instituição executora, é preciso reconhecer os benefícios de ter as IES à frente da organização dos S, dentre os quais destacam-se maior estruturação acadêmica, maior formalidade na execução dos conteúdos teóricos, nos registros e avaliação, bem como a possibilidade de ter uma equipe docente com formação e experiência na área da pesquisa.

Que a gente está falando de formação em serviço, então eu vejo que a instituição de ensino ela proporciona esse espaço entre a teoria e a prática. Fortalece, também, o eixo teórico, currículo, as disciplinas e deixa o programa um pouco mais pedagógico, não sei se seria bem essa palavra, mas o torna um pouco mais pedagógico não somente prático, vejo desse ponto de vista. (P7)

O que eu percebo que essa questão quando tem uma instituição de ensino superior como instituição formadora o processo ele, o processo todo ele ocorre de uma forma mais, como que eu vou te explicar, obviamente academicamente estruturada, pela própria questão institucional mesmo de ter uma instituição formadora, as aulas são mais formais, os registros são mais existentes nesse sentido. (P9)

O motivo pelo qual acho que os professores, docentes de instituições de ensino superior se fazem importantes, é que muitos deles têm experiência na área de pesquisa, na área de informação, na formação de tecnologia, muitas vezes, e passam, dão senso crítico para os nossos residentes que você tem que trabalhar. (P10)

Assim, a responsabilidade das instituições formadoras de ensino (IES) com a instrução dos profissionais vinculados a elas são fundamentais na formação do residente, sendo que esse processo deve refletir as realidades biopsicossociais, fundamentadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Sabe-se que os Programas alteraram os cenários dos serviços que as sediam. Desse modo, a inserção da pesquisa e da inovação traz para o cenário assistencial elementos importantes e potentes para operar mudanças na formação e no trabalho (ARNEMANN, 2018). Dessa forma, a Residência pode ser considerada uma dupla via, na qual o serviço contribui para a formação de profissionais qualificados e esses contribuem para o aperfeiçoamento do serviço de maneira geral e total (STEINBACH, 2015).

c) Subcategoria – Benefícios dos PRAPS

Na opinião dos participantes do estudo, os PRAPS geram muitos benefícios, tais como: uma melhor compreensão dos residentes sobre as necessidades do paciente; maior efetividade da assistência, haja vista as amplas chances de conexão entre teoria e prática; e, por fim, melhoria da integração dos pontos de atenção que compõem as redes de saúde e os serviços que são cenários de prática.

A gente já está recebendo, inclusive, um feedback bastante positivo da atenção básica aonde eles referenciam a nossa instituição e os nossos programas de residência. Receber um feedback positivo em torno das necessidades do paciente que deu alta, então a gente sabe que isso deve estar no caminho certo (P1)

A residência multiprofissional ela melhora a assistência em saúde, ela melhora a atenção a esse paciente que precisa do serviço de saúde também, existe o momento do compartilhamento dessas experiências que é na academia, que é dentro de uma parte acadêmica (P12)

E acho que a residência ela traz uma formação que é extremamente importante, por conta da dificuldade hoje na graduação com cenários e

práticas, né, e se poder pensar nesses formatos de uma forma que tenha uma efetividade maior, eu observo muito o quanto a gente consegue fazer essa conversa da prática com o teórico, isso é fundamental para o residente, a gente ouve eles irem linkando os conceitos que eu estou te trazendo, para pensar o plano terapêutico, e executar um plano terapêutico (P3)

Os Programas de Residência possibilitam avanços na implementação do SUS e para operar mudanças na formação e no trabalho (ARNEMANN, 2018). Um caminho para promover novas práticas em saúde a partir de eixos norteadores integrados e contextualizados com os princípios e diretrizes do SUS (ALMEIDA, SALAZAR, 2017). Sua formação está baseada na concepção ampliada de saúde, no trabalho em equipe, na interdisciplinaridade e na integralidade das ações.

A multiprofissionalidade, alinhada ao saber fazer em equipe, na produção do cuidado em saúde e na gestão dos serviços insurge como capacidade face aos princípios filosóficos e organizativos estabelecidos pelo SUS (SALVADOR et al, 2011) e que são possibilitadas nas práticas do PRAPS. A sua operacionalização estimula a articulação entre a instituição formadora (universidades,) e a instituição executora (hospitais, unidades básicas de saúde etc.) o que oferece elementos para a realização e aplicação de novas tecnologias em saúde; elas permitem a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado à saúde (BASTOS et al, 2017).

6.4.4 Categoria – Documentos e legislações

a) Subcategoria – Compreensão dos Projetos Pedagógicos

Foi perguntado aos 15 participantes do estudo se eles conheciam os Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência a que pertenciam, dos quais 03 relataram não conhecer o PP, apresentando como justificativa a falta de acesso ao documento por serem recém-chegados ao hospital; 05 entrevistados disseram conhecer o documento apenas superficialmente em função de uma oportunidade de rápida leitura sem grandes análises; e 07 participantes afirmaram ter conhecimento mais aprofundado do PP, exemplificando que ele aborda a estrutura do programa, as disciplinas, a carga horária de atividade teórica, teórico-prática e prática, as áreas profissionais incluídas no PRAPS, que inclui a proposta do trabalho multiprofissional numa abordagem integral e interdisciplinar.

O PP tem a proposta de formar um profissional para atuar em áreas que são críticas com a questão da própria urgência e emergência como a questão do

intensivismo, também acho que ele tem uma estrutura teórica muito legal, que aproxima as questões que estão no dia a dia, com o que é discutido no teórico. (P3)

Bom, o que mais eu tenho claro para mim é realmente a proposta desse trabalho que inclui o trabalho multiprofissional, essa abordagem interdisciplinar, eu poderia pontuar aí em três aspectos que seria abordagem interdisciplinar, a prática, a busca pela prática multiprofissional e o trabalho em equipe, e dentro desses três aspectos a proposta de trazer uma formação de ensino, aprendizagem, dentro de situações práticas buscando resoluções de questões de problemas dentro de situações reais vivenciadas no dia a dia. E claro tendo como eixo a busca de um eixo norteador como um cuidado que tem a maior convergência, né, para um cuidado integral. (P5)

O projeto pedagógico ele guia as ações com relação à residência, às formas práticas dos residentes, assim como toda a parte teórica que envolve a residência, o que se propaga e que é necessário para que dentro desses dois anos de ensino eles precisem passar tanto com relação à prática quanto à teoria, para conclusão da atuação em conjunto, a tomada de decisão em conjunto, que as áreas se conversem, se comuniquem para chegar a um denominador comum. (P6)

Do projeto pedagógico o que eu posso te dizer de mais significativo, assim, é acredito que ele descreve muito o papel, a importância do projeto do programa da atenção ao câncer e ali diz o que as disciplinas, a interdisciplinaridade, a questão de trabalhar com os outros profissionais, isso foi uma coisa bem interessante, aí tem o perfil psicográfico, os objetivos, essa questão da valorização do SUS. (P8)

O projeto busca contemplar uma demanda regional de formação de profissionais, né, e com isso trazendo essa dinâmica de trabalhar integrado e inserir todas as profissões que estão listadas nele, que são, enfim, a farmácia, a enfermagem, a fisioterapia, né, junto a essa atuação, e a psicologia, né, junto ao trabalho do hospital e de atenção básica, isso é importante também, proporcionando então essa formação melhor para os profissionais, e mostrando como se trabalhar de forma integrada, basicamente é isso. (P9)

O currículo dos Programas deve ser um elemento vivo, dinâmico e orgânico. Por sua vez não é neutro e expressa em grande parte os interesses de agentes e agências (SACRISTÁN, 2000). Emerge num terreno de constantes conflitos simbólicos e culturais, e que envolvem permanentes necessidades de legitimação e de controle (GOODSON, 2012; LOPES, 1999). Portanto, o PP de um Programa é a expressão dos interesses e das tensões entre os sujeitos, podendo, por vezes, representar o empoderamento de uma determinada categoria profissional, a depender dos interesses que circulam, e o acordo sobre as necessidades essenciais e aspirações dos envolvidos.

Os agentes do campo da prática não são meros executores das políticas curriculares e, portanto, a materialização do PP no contexto da prática se dá numa relação direta entre a legislação e o (re)conhecimento dos textos políticos via trabalho de quem os opera (APPLE, 1982, 1999, 2003, 2009); (BALL; MAINARDES, 2011).

Foi ressaltado, por dois dos participantes, que o PP é um documento dinâmico, que precisa ser constantemente atualizado para acompanhar as necessidades da realidade regional, tanto dos serviços, quanto das redes de saúde do território onde está inserido o cenário de prática.

Eu entendo que o nosso projeto político pedagógico ele precisa ser reorganizado a partir das realidades regionais, a visão que a gente tem depois de algum tempo, onde o programa está andando e a gente percebe algumas dificuldades com relação à formação, principalmente dos docentes, daqueles que são os atores principais da formação dos residentes. (P1)

O que eu tenho para te dizer é que ele precisa passar sempre por constantes atualizações, então acho que o ponto principal é que ele é um projeto que a gente não pode deixar de lado, tem que estar sempre revisando. (P7)

Os PPs estudados descrevem o que as orientações legais da política das residências sinalizam, ou seja, têm por base a centralidade da prática focada na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade, bem como em estratégias de ensino em serviço, que possibilitem o desenvolvimento de competências voltadas, especialmente, para as áreas prioritárias do SUS. No entanto, esses direcionamentos para a sua efetividade requerem envolvimento e disponibilidade de quem os operacionaliza (OLIVEIRA, 2017), carecendo de conhecimento e pertencimento dos agentes envolvidos desafiando suas atuações (LOPES, 2006; SILVA 2018). Por outro lado, por ser dinâmico, necessita de constante atualização tanto no que refere ao planejamento, quanto na execução e avaliação das estratégias pedagógicas e que devem estar adequadas às necessidades loco regionais e epidemiológicas.

b) Subcategoria – (Re)conhecimento da legislação

No que se refere ao conhecimento da Legislação, apenas 02 dos 15 entrevistados relataram não conhecer os documentos e não saber do que eles tratam; 06 entrevistados disseram conhecer superficialmente, por leitura superficial e breve; 09 participantes afirmaram conhecer bem o documento e citaram que seu conteúdo fala dos termos e diretrizes do PRAPS, define a política pública que os sustenta, aborda as normas, objetivos e embasamento legal das residências, institui e direciona as atividades dos preceptores, tutores e docentes, estabelece os direitos e deveres dos residentes e, por fim, mostra o caminho a ser seguido nesse processo de ensino.

As resoluções elas dispõem sobre as normas de funcionamento da residência, no caso as resoluções elas não são internas do hospital, são resoluções governamentais e dentro da instituição a gente tem os documentos institucionais, os protocolos, os regimentos são internos da instituição e vem falar sobre as normas de funcionamento interno, então a gente tem mais que um tipo de documento que rege o funcionamento da residência uns internos e outros externos, eles falam sobre a legalidade do programa e da aprovação do programa também pelo governo e sobre o funcionamento das normas de como o programa deve funcionar. (P3)

Sim, eu já tive acesso a elas, então principalmente no momento de construção dos processos de residência até para ter esse aprofundamento de como que é o funcionamento do programa de residência, todas essas questões legais que hoje existem, eu tive acesso a essas documentações também. (P4)

Eles se propõem a instituir e direcionar as atividades. E coordenar as atividades, direcionar as atividades dos residentes em formação e também da preceptoria para levar ao caminho mais próximo da área de concentração dos programas. São as atividades de direitos dos residentes, bem como os deveres, um guia sobre... a relação à forma de tratativas, de tratamento dos residentes, e do programa em si dentro da instituição. (P6)

Eu acho que eles propõem na minha interpretação uma normatização, a servir de base, de orientação para como, quais são os objetivos da residência, com o embasamento legal que ela tem, as questões em relação a direitos e deveres, digamos assim, das implicações são direitos e deveres, mas das implicações que as instituições e os participantes todos dos programas precisam ter conhecimento, enfim, para efetivamente ter um programa em funcionamento. (P9)

Se a gente for pensar em algumas resoluções da comissão nacional de residência multiprofissional que tem como propósito definir, por exemplo, a duração do programa, definir a carga horária, definir, por exemplo, e período de início e fim do programa, definir as diretrizes dos programas de residência em área multiprofissional de saúde. Por exemplo, tem alguns deles que eu conheço de cabeça, a resolução número dois de dois mil e doze ela tem o propósito de dar as diretrizes para os programas de residência funcionarem em âmbito geral, por exemplo, a resolução número um de dois mil e quinze que cabe eu conhecer obrigatoriamente como coordenador de COREMA ela define a organização, funcionamento, atribuições da COREMA, por exemplo, se a gente pegar lá a portaria interministerial de dois mil e nove ela define, ou cria, né, o programa de bolsas das residências multiprofissionais então algumas eu conheço até pela questão do próprio regimento da COREMA, né, que faz parte a gente conhecer um pouco dessas legislações para poder montar ementas. (P10)

Quanto aos documentos legais, por mais que a maioria dos entrevistados tenha relatado ter conhecimento suficiente ou básico da legislação e que diante disso eles, em suma, representam as aspirações do SUS, em uma perspectiva do cuidado integral por meio de ações interdisciplinares e multiprofissionais, não quer dizer que não haja distanciamentos entre o discurso pedagógico oficial com base no texto da

política curricular e o texto dos PPs, incluindo os respectivos currículos, particularmente no que concerne à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade. Nessa guisa, pode se considerar que há diferenças mais ou menos acentuadas entre as propostas dispostas sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade no texto dos PPs dos PRAPS e as práticas pedagógicas dos agentes ensino assistenciais, em ambas as instituições estudadas.

Assim, foi também possível identificar que, na percepção dos tutores, docentes, preceptores e coordenadores envolvidos nos Programas, há um distanciamento entre o conhecimento adquirido sobre a legislação oficial e as suas práticas pedagógicas, exatamente por falta de debates curriculares.

Baseado no que foi referido acima, considera-se que o discurso pedagógico sofre influência da ideologia, das diferentes percepções de mundo e dos interesses especializados dos agentes, cujas tensões estruturam o campo recontextualizador, intermediário entre o campo de produção e o campo de reprodução do discurso (MAINARDES; STREMEL, 2010).

7. MATRIZES DE ANÁLISES DAS CATEGORIAS “INTERDISCIPLINARIDADE” E “MULTIPROFISSIONALIDADE”

Mediante análise dos dados das categorias “Interdisciplinaridade” e “Multiprofissionalidade”, levantou-se a seguinte questão: Considerando o fato de que o Programa de Residência em Atenção ao Câncer tem como Instituição Formadora a Universidade e o Hospital como instituição executora e, por outro lado, o Programa de Residência em Urgência e Emergência tem como Instituição Formadora e executora o Hospital, indaga-se se existem diferenças na compreensão conceitual, prática e nos desafios vividos (tanto da “Interdisciplinaridade” quanto da “Multiprofissionalidade”) por esses dois programas em função das características da Instituição Formadora de cada um.

Para responder ao referido questionamento, utilizou-se da ferramenta de criação de “Matrizes” do software webQDA para realizar o cruzamento das respostas dadas pelos participantes de cada programa dentro da categoria “Interdisciplinaridade” e “Multiprofissionalidade”.

Quadro 12 - Matriz. Instituição Formadora – Interdisciplinaridade

	Compreensão conceitual	Aplicação prática	Desafios e dificuldades
Atenção ao Câncer	11	20	17
Urgência e Emergência	8	14	26

Fonte: Elaborado pela autora o webQDA, 2022.

Quadro 13 - Matriz. Instituição Formadora – Multiprofissionalidade

	Dimensão Conceitual	Dimensão prática	Desafios e dificuldades
Atenção ao Câncer	10	19	7
Urgência e Emergência	11	13	17

Fonte: Elaborado pela autora o webQDA, 2022.

Ao analisar a frequência de respostas de cada matriz, é possível perceber que os entrevistados do Programa em Urgência e Emergência relatam mais dificuldades e desafios na vivência e operacionalização tanto da interdisciplinaridade (26 relatos) quanto da Multiprofissionalidade (17 relatos), do que os entrevistados Programa de Residência em Atenção ao Câncer (17 e 7 relatos, respectivamente).

Os participantes do estudo que pertencem ao Programa de Residência em Atenção ao Câncer, verbalizaram que a multiprofissionalidade já está de certo modo consolidada no dia a dia do PRAPS, mas que a interdisciplinaridade ainda é um desafio, como pode ser visto no fragmento abaixo. Os dados das matrizes também evidenciam essa compreensão, haja vista apenas 07 ocorrências para dificuldades e desafios relacionados à multiprofissionalidade contra 17 relatos de dificuldades e desafios

Acho que está muito baseado na própria cultura do cuidado do paciente oncológico que prevê algumas ações que são, que tem esse caráter interprofissional, ou interdisciplinar, mas não são as ações mais evidentes, vejo que a característica multidisciplinar ela se evidencia de uma forma ainda maior.(P3)

O preceptor é considerado um docente-clínico, e geralmente não é um profissional da academia, sendo assim aqueles que desejam ou precisam atuar nessa tarefa carecem de formação didático-pedagógica, o que nem sempre é contemplado nos Programas de Residências, sendo isto uma prioridade (SILVA et al, 2020).

Percebe-se que os entrevistados do programa vinculado à universidade consideram a interdisciplinaridade um desafio menor do que os entrevistados do programa vinculado ao serviço, uma vez que os primeiros podem compreender melhor o nível de complexidade e polissemia do termo (LOPES, 2006; SILVA 2018).

Os participantes do programa de residência vinculado apenas à instituição formadora parecem perceber dificuldades significativas também na prática da multiprofissionalidade. Essa percepção pode estar associada às disputas de conhecimento e poder entre os trabalhadores no contexto assistencial, evidenciados

nos conflitos e tensões entre as categorias profissionais do campo da prática. O trabalho em equipe também é reflexo da divisão social do trabalho e da transformação de diferenças técnicas em desigual valor social dos trabalhos especializados das diversas profissões e, portanto, dos seus agentes (PEDUZZI et al, 2020)

Nesse sentido, o Programa próprio do hospital, quando sente dificuldade na operacionalização da multiprofissionalidade, pode estar refletindo sua própria prática assistencial, que, historicamente e em grande parte, não favorece o trabalho em equipe, expressão das mudanças da abordagem de saúde e de doença que transitam entre as concepções da unicausalidade e da multicausalidade (PEDUZZI, 2015)

No que se refere à clareza dos conceitos de “Interdisciplinaridade” e “Multiprofissionalidade”, por meio das matrizes foi possível identificar que: as dúvidas e desconhecimentos conceituais pertencem mais aos entrevistados do Programa em Urgência e Emergência do que aos participantes do Programa de Residência em Atenção ao Câncer

Por isso que eu até comentei no início, eu mesmo tenho essa confusão, o que é interdisciplinar e o que é multidisciplinar, multiprofissional. (P14)

É trabalhar entre as disciplinas, entre as formações diferenciadas entre, a gente fala, na verdade a gente mistura muito eu acho que interdisciplinaridade com multiprofissionalidade, eu acho que tem algumas diferenças na verdade, mas eu acho na interdisciplinar isso trabalhar com várias ao mesmo tempo, trabalhar entre.”(P14)

A possível necessidade de formação pedagógica dos preceptores pode estar associada aos desconhecimentos dos termos e dos sentidos da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade. O preceptor, em grande parte, desenvolve seus meios de ensinar através dos saberes experienciais, oriundos da sua identidade profissional que reflete tanto o seu cotidiano quanto sua prática. A preceptoria, assim, é construída como prática educativa pelos próprios preceptores enquanto a exercem (PAULA; TOASSI, 2021).

Os entrevistados que pertencem ao Programa em Urgência e Emergência apresentaram menos ocorrências (08) de compreensão conceitual de intersetorialidade do que relatos de compreensão conceitual de multiprofissionalidade (11). A diferença é discreta, mas vale a pena ser problematizada.

O conceito ampliado de saúde designa à intersetorialidade um papel de destaque para a efetivação da política de saúde, enfatizando que o enfrentamento dos problemas de saúde nos campos da promoção, proteção, prevenção e recuperação

requer ações para além dos serviços de saúde. A prática assistencial ainda muito tecnicista centrada na doença não possibilita compreender a saúde/doença como um processo social, que depende da articulação de saberes, práticas, ações e políticas. Portanto, as principais dificuldades de materialização das ações de caráter intersetorial ainda se concentram no processo de trabalho individualizado, na falta de envolvimento da equipe para com essas ações e na dificuldade de trabalhar em equipe (GUERRA; COSTA, 2017).

Já os entrevistados do Programa de Residência em Atenção ao Câncer mantêm certa constância na ocorrência dos relatos de compreensão conceitual e compreensão prática acerca da “Interdisciplinaridade” e da “Multiprofissionalidade”, pois a variação é de apenas 1 nas duas dimensões referidas acima.

Neste quesito, e na perspectiva do ensino em saúde do SUS, as novas DCNs dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação do profissional desta área deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, reafirmando a prática de orientação ao SUS. E a universidade, nesta perspectiva do ensino em saúde, passa a assumir a responsabilidade por formar profissionais que estabeleçam uma relação de interlocução com a sociedade, portanto, profissionais docentes, tutores e preceptores com maior conhecimento no campo do ensino e com maior capacidade de compreender a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade pode justificar o maior conhecimento sobre os termos (BISPO et al, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o exposto, e particularmente os resultados e discussões apresentados no capítulo anterior e com base no referencial teórico-metodológico eleito, abordo, nesta etapa, as considerações finais desta tese, incluindo limites identificados durante seu desenvolvimento.

Entendo que esta não é uma tarefa fácil, para uma pesquisadora que assume a imprevisibilidade como realidade das práticas em saúde e de processos formativos como os que ocorrem nos Programas de Residência em Saúde. Por outro lado, o papel que eu ocupo no MS, como assessora técnico-pedagógica e que tem como parte das minhas atribuições a responsabilidade sobre essa pauta, o desenvolvimento, o monitoramento e a avaliação da política das Residências me traz um compromisso ainda maior e, portanto, sobre toda e qualquer atitude ou análise que eu viesse a fazer, poderiam me levar a conclusões que desrespeitassem as particularidades e peculiaridades dessa modalidade de pós-graduação. As especificidades das áreas profissionais, as particularidades loco-regionais e institucionais além de outras questões de cunho econômico, social e assistencial não poderiam deixar de ser considerados.

Neste sentido, tendo como foco a política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – modalidade multiprofissional, o objetivo principal da investigação realizada foi analisar o processo de recontextualização da política curricular desses Programas, tendo como destaque a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, a partir das percepções de coordenadores de Programas,

tutores, docentes e preceptores.

A teoria sociológica do pesquisador inglês Basil Bernstein constituiu-se o principal referencial teórico-metodológico adotado para compreender o campo da prática pedagógica e o processo de recontextualização do currículo dos Programas de Residência, áreas de concentração: Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência. A partir dessa teorização, articulamos as contribuições de outros autores, como Marina Peduzzi, Stephen Ball, entre outros.

Considerando argumentos de Bernstein (1996; 1998) no sentido de que o princípio recontextualizador produz tanto campos, como agentes recontextualizadores, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com coordenadores de Programas, tutores, docentes e preceptores, além do desenvolvimento de um estudo documental, analisado por meio do método de Análise Temática (AT) de Braun e Clarke (2006) com suporte do software de análise de dados qualitativos webQDA.

Ter verificado como o Discurso Pedagógico oficial estava sendo recontextualizado nos PPs e respectivos currículos também foi determinante para entender como as práticas pedagógicas desses agentes se desenvolvem de forma a traduzir o processo de recontextualização (BERNSTEIN, 1996). Aqui, os fundamentos teóricos de Basil Bernstein (1996) se mostraram produtivos para entender os deslocamentos com relação ao discurso oficial, foram imprescindíveis para essa compreensão, evidenciando que, quando o discurso oficial se desloca do seu contexto original de produção, ele se descontextualiza e se relaciona com outros discursos, se modificando, e resultando em um discurso pedagógico específico, através de um processo complexo.

Assim como consta na legislação das RAPS, os termos interdisciplinaridade e multiprofissionalidade aparecem próximos tanto nos PPs quanto na legislação, no entanto, não foi possível perceber este alinhamento no discurso sobre as práticas dos tutores preceptores e docentes dos Programas.

Todavia, algumas atividades como rounds clínicos e seminários que ocorreram por meio de eixos transversais e que se apresentaram como uma estrutura integrada dentro dos currículos desses programas encaminham para se pensar que há uma tendência ou movimentos que podem contribuir para a formação de um currículo integrado (BERNSTEIN, 1996).

Essas atividades, segundo o relato dos entrevistados de ambos os programas, eram organizadas no coletivo, e estavam baseadas, majoritariamente, em trocas de experiências. Algumas categorias profissionais, porém, ainda demonstram dificuldades com relação à integração com outras categorias profissionais da saúde.

Essa forma de organização transversal e interdisciplinar que foi relatada pelos pesquisados demonstrou associação e proximidade entre a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe, bem como favoreceu o alinhamento entre a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe, princípios básicos para favorecer a integralidade da assistência. A RAPS enseja o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional e propõe a integração dos núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões.

Contudo, ainda foi possível aclarar a questão que tratou dos critérios de admissibilidade para as instituições proponentes à PRAPS, não considerando como exigência a participação de instituições formadoras, mas verificando, nesses casos, possíveis aproximações e melhores compreensões dos agentes oriundos de um Programa vinculado à IES sobre o entendimento relativo aos temas interdisciplinaridade e multiprofissionalidade. Assim, ressalta-se a importância de se estabelecer aproximações entre o ensino e o serviço: diminuído distanciamentos entre as áreas de conhecimento e as profissões, tende-se a superar as mazelas da fragmentação do cuidado e da uniprofissionalidade.

Cabe destacar que esse assunto é tema polêmico, permanente e recorrentemente suscitado por todos os envolvidos na pesquisa, havendo concordância de que a vinculação com uma Instituição formadora burocratiza os processos, mas, por outro lado, pode diminuir as incompreensões sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, já que ainda é evidente verificar a fronteira existente entre o serviço, a academia, a teoria e as práticas ensino-assistenciais desenvolvidas nas RAPS.

Porém, e provisoriamente, é possível considerar que ainda há uma caminhada significativa para que o trabalho interdisciplinar e em equipe passem a ocorrer de forma efetiva, já que isso envolve conflitos por garantias de espaços e territórios, mas é possível sim dizer que as residências são mecanismos facilitadores para a minimização dos impactos de um trabalho assistencial biologicista. Portanto, não seria correto considerar determinante o afastamento de uma IES dos PRAPS, considerando

a possibilidade de que essas são instâncias importantes para colaborar com a qualidade dos serviços, da saúde, com processos inovadores e de pesquisa.

O estudo desenvolvido permite enfatizar que a preceptoria, assim como as demais atividades exercidas por docentes e tutores, exige do profissional da saúde um desempenho clínico qualificado, aliado a competências pedagógicas. Assim, espaços formativos para capacitá-los se mostraram essenciais para a qualificação da integração ensino-serviço-comunidade e para a formação de residentes em saúde.

Da mesma forma, percebe-se a relevância de garantir práticas permanentes de discussões de caso clínico que contemplem toda a equipe multiprofissional, bem como de assumir uma prática baseada na perspectiva interdisciplinar, compreendendo a importância de cada saber como possibilidade de intervenção. É importante fazer destaque para que esses casos clínicos interdisciplinares e multiprofissionais ocorram desde a graduação, integrando não somente o corpo docente da IES aos cenários de prática, mas envolvendo equipes de trabalho ensino-assistenciais nas atividades acadêmicas desses cursos.

Os participantes da pesquisa reconheceram a relevância da interdisciplinaridade para a formação dos futuros profissionais, como, também, demonstraram que carecem de maior conhecimento nesses temas não se sentindo tão preparados para conduzir os conhecimentos dentro de uma perspectiva interdisciplinar.

As conclusões às quais cheguei, a partir desta pesquisa não esgotam o tema em questão, mas contribuem para refletir sobre essa política, no que diz respeito às formas como os documentos legais orientam práticas integradoras interdisciplinares e em equipe, bem como na maneira pela qual é preciso atender às necessidades de provimento de profissionais de saúde voltados para o SUS. Com isso, é importante rever a forma com que esses documentos oficiais estão escritos, carecendo de maior investimento no direcionamento de como conceitos como integralidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade podem estar enraizados nas matrizes curriculares dos PRAPS e nas práticas curriculares.

Foi possível examinar os processos de trabalho e as particularidades e competências das diferentes categorias profissionais envolvidas nos PRMS para a construção do cuidado integral ao paciente. Foram identificados os impactos dessa modalidade de educação em serviço na qualidade, tanto na formação de recursos

humanos em saúde quanto na sua prática assistencial, em prol do fortalecimento do SUS. Por fim, foi possível pensar e analisar as facilidades e dificuldades de uma formação em serviço vinculada a instituições de ensino superior, ou não, e suas relações interinstitucionais.

Apontamos como fragilidade neste estudo a não participação, nas entrevistas, dos residentes vinculados a esses programas, já que esses agentes podem contribuir para desvelar os sentidos que estão sendo expressos na prática pedagógica dos programas no que se refere à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade. Portanto, com base na experiência desse estudo, sugerimos investigações futuras que busquem aprofundamento no tema por meio da abordagem dos aspectos legais, pedagógicos e assistenciais, novos dados também junto aos residentes.

Corroboro com a afirmativa de que a pesquisa qualitativa não é neutra, e que o investigador tem seus posicionamentos e intenções e, portanto, todo o resultado de pesquisa, mesmo que parcial, não pode ser traduzido como verdade absoluta, deve, sim, servir como possibilidade de diferentes caminhadas, meios para instrumentalizar muitas reflexões, sustentar outras teses, ou até mesmo servir de apoio para se chegar a outras considerações.

Sendo assim, ao final desta escrita, fortaleço a opinião de diversos pesquisadores de que ainda há que se percorrer muitos caminhos no tema da formação em serviço, e que apenas finalizei provisoriamente uma etapa investigativa, já que, certamente, aparecerão outros questionamentos, desafios, achados e mudanças.

Referências

- ABIB, L. T.; KNUTH, G. F. Trajetórias das Residências Multiprofissionais em Saúde no contexto da saúde coletiva. *In*: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. D. R. (org.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde**. Rio Grande: Editora da FURG, 2017.
- ALMEIDA F. N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1-2, 1997.
- ALMEIDA, W. L.; SALAZAR, S. N.; Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social **O Social em Questão** - Ano XX - nº 37- Jan. a Abr., 2017.
- APPLE, M. W. **Ideologia e currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- _____. **Conhecimento Oficial**: a educação democrática numa era conservadora. Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. **Educando a direita**: mercados, padrões, Deus e desigualdades. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. A política do conhecimento oficial: faz sentido a ideia de um currículo nacional? *In*: SILVA, T. T.; MOREIRA, A. F. B. **Currículo, Cultura e Sociedade**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência**: filosofia e prática da pesquisa. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- ARAÚJO, T. A. M. de *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, set. 2017.
- AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ARNEMANN, C. T. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. mai. 2018,
- BALL. S. **Education reform**: a critical and post structural approach. Buckingham: Open University, 1994.
- _____. Cidadania global, consumo e política educacional. *In*: SILVA, L. H. **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 121-137.

_____. **Diretrizes Políticas Globais e Relações Políticas Locais em Educação.** Currículo sem Fronteiras. v.1, n. 2. p. 99-116, jul./dez. 2001. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol1iss2articles/ball.pdf> Acesso em: 17 jun. 2015.

BALL, S.; BOWE, R. Subject departments and the “implementation” of National Curriculum policy: an overview of the issues. **Journal of Curriculum Studies**, London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BALL, S.; MAINARDES, J. (org.). **Políticas educacionais: questões e dilemas.** São Paulo: Cortez, 2011.

BASTOS I.G. SANTANA A. S. BASTOS R. G. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. **Revista Brasileira de Ciências em Saúde - Brazilian Journal of Health Sciences**, v. 1, n. 1, p. 40-44, 20 dez. 2017.

BEANE, J. A. Integração curricular: a essência de uma escola democrática. **Currículo sem fronteiras**, National-Louis University, Milwaukee, Wisconsin, v.3, n.2, p. 91-110, jul./dez. 2003.

BELSEY, C. **Critical practice.** New York: Methuen, 1980.

BERNSTEIN, B. **Codes, modalities and the process of cultural reproduction: a model.** Language and Society, Cambridge, v.10, p.327-363, 1981.

_____. **Clases, códigos y control: hacia una teoría de las transmisiones educativas.** Tradução: Rafael Feito Alonso. Madrid: AKAL, 1988a.

_____. **Poder, educación y conciencia: sociología de la transmisión cultural.** Santiago: Cide, 1988b.

_____. **A Estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle.** Tradução: Tomaz Tadeu da Silva e Luís Fernando Gonçalves Pereira. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Pedagogía, Control Simbólico e Identidad.** Madri: Morata, 1998a.

_____. Novas Contribuições de Basil Bernstein. Entrevista concedida à Mercè Espanya e Ramón Flecha. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n.7, jan./abr. 1998b.

_____. A pedagogização do conhecimento: estudos sobre recontextualização. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo, n. 120, p. 75-110, nov. 2003.

BERNSTEIN, B.; DIAZ, M. Towards a theory of pedagogic discourse. **Collected Original Reports in Education**, v. 8, n. 3, p. 1-85, 1984.

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M, T. Interdisciplinaridade no Ensino em Saúde: um olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, abr./jun. 2014.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2008.

BOURDIEU, P. **As regras da arte**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto 80.281, de 05 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, set. 1977a. Link disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-actualizada-pe.pdf> Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 30, de 11 de fevereiro de 1977**. Conceitos e definições em saúde. Brasília, 11 fev. 1977b. Link disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/1970-1979/portaria-30-bsb-11-fevereiro-1977-483614-publicacaooriginal-1-ms.html> Acesso em: 22/01/2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 19 set. 1990. Link disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 22/01/2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998**. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Brasília: Diário Oficial da União, 8 out. 1998. Link disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Gabinete do Ministro. Brasília, Diário Oficial da União, 2004a. Link disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html> Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1006, de 27 de junho de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 28 mai. 2004b. Link disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1006_27_05_2004.html
Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1702, de 17 de agosto de 2004.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Programa de Reestruturação dos HU's. Gabinete do Ministro. Brasília, Diário Oficial da União, 18 ago. 2004c. Link disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1703_17_08_2004.html
Acesso em: 22/01/2020.

_____. Conselho Nacional da Juventude. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Brasília: Diário Oficial da União, 1 jul. 2005a. Link disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 3 nov. 2005b. Link disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192 Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático de gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/PRO-SAÚDE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.400, de outubro de 2007.** Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília: Diário Oficial da União, 3 out. 2007c. Link disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html
Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Diário

Oficial da União, 12 nov. 2009a. Link disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192 Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Edital de convocação nº 24, de 2 de dezembro de 2009**. Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 8 dez. 2009b. Link disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9504-editaldeconvocacao-17-residenciamultiprofissional-1&category_slug=dezembro-2011-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 22/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010**. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS), no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, dez. 2010.

_____. Ministério da Educação. **Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, jan. 2010c. Link disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm Acesso em: 22/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Edital de Convocação nº 17, de 4 de novembro de 2011**. Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília, Diário Oficial da União, 4 nov. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **SGETS: políticas e ações/Ministério da Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 16 abr. 2012a.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012**. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 31 jan. 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Conjunta nº11, de 18 de dezembro de 2013.** Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 28/SGTES-MS/SESu-MEC, de 27 de junho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 31 jan. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 31 jan. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Edital de Convocação nº 18, de 27 de junho de 2013.** Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 28 jun. 2013d.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 5, de 07 de novembro de 2014.** Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 10 nov. 2014a.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014.** Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 13 nov. 2014b.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014.** Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 22 dez. 2014c.

_____. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014.** Brasília: Ministério da Educação, 2014d.

_____. Ministério da Educação. **Retificação da Resolução nº 5, de 07 de novembro de 2014.** Dispõe sobre a retificação da Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, e que trata sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes, publicado no DOU de 10/11/2014, seção 1, página 34. Brasília: Diário Oficial da União, 10 abr. 2015a.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015**. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Brasília: Diário Oficial da União, 21 jul. 2015b.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, 24 mar. 2015c.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Editais de chamamento público para autorização de programas de residência em área profissional da saúde e ampliação de vagas nº 94, de 22 de dezembro de 2016**. Brasília: Diário Oficial da União, 23 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº33, de 22 de janeiro de 2018**. Divulga lista dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do Edital SGTES/MS nº 11, de 27 de novembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 22/01/ 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1598, de 15 de julho de 2021**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Gabinete do Ministro. Brasília, Diário Oficial da União, 2021. Link disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.598-de-15-de-julho-de-2021-332451362>. Acesso em: 15/07/2021a.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021**. Revoga-se: a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009; a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320, de 11 de novembro de 2010; e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, Brasília: Diário Oficial Acesso em: 17/09/2021b.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Utilizando a análise temática em psicólogos, *Gia. Pesquisa Qualitativa em Psicologia*, n. 3 (2), p. 77-101, 2006-. ISSN: 1478-0887.

BRUNHOLI, G. do N. **Caminhando pelo fio da história: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS**. Dissertação (Mestrado em Política Social). Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio**. Associação Médica Brasileira, 2005. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/arquivos/escolasmedicas3008.pdf> Acesso em: 20/04/2017.]

CAMPOS, F. E., MACHADO, M. H. SANTOS, R; P. O., TELLES A. D. E. **Profissões e mercado de trabalho em saúde: perspectivas para o futuro** – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

CARNEIRO, E. M., TEIXEIRA, L. M. S. e PEDROSA, J. I. dos S. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. Set. 2021, v. 31, n. 03. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>>. Acessado 22 Dez. 2021.

CASTRO. A. R. M. de. **Estudo sobre o regramento do processo de certificação de Hospitais de Ensino, com base na Portaria nº 285, de 24 de março de 2015, incluindo análise da fundamentação teórica** (Produto 1). Brasília: UNESCO; CNE, 10 nov. 2015.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. *Divulg. Saúde Debate*, n.23, p.30-56, dez. 2001.

CHEADE M. F. M., FROTA, O.P., LOUREIRO, M.D.R., QUINTANILHA, A.C.F.. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enfermagem**. jul. set.2013.

CLOSS. T. T. O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para integralidade? **Dissertação (Mestrado)** – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

CLOSS, T. T. *et al.* Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde no Rio Grande do Sul. *In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS). Anais do XIII ENPESS*. Juiz de Fora, 2012.

COSTA M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface** (Botucatu). Jan – Mar. 2016.

COSTA, A. P.; AMADO, J. **Análise de Conteúdo suportada por Software**. 1. ed. Aveiro. Portugal: Ludomedia, 2018. E-book.

DIAS, R. D.; SOUSA, A. S.; LEITE, M. C. L. Currículo, poder e controle na perspectiva bernsteiniana: os casos dos cursos de Direito/Furg e da Enfermagem/Ufpel. *In: XIV ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO. Anais do XIV ENPOS*. Pelotas: UFPel, 2012.

DIAS. R. E. **Competências: um conceito recontextualizado no currículo para a formação de professores no Brasil**. 160f. Dissertação (Mestrado em Educação). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

DOMINGOS, A. M. *et al.* **A teoria de Bernstein em sociologia da educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, dez. 1986.

ELY, L. I. e T., RAMONA F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2018.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

FAZENDA. I. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou ideologia?** São Paulo: Loyola, 1992.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residências: uma modalidade de ensino. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde**. Fazeres e saberes na formação em saúde. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Ministério da Saúde. Porto Alegre, p.23-34, 2010.

FIORANO, A.M.M, GUARNIERI A, P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci**. Set. – Dez, 2015.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed: 2009a.

_____. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FLOR, T. B. M., CIRILO, E. T., DE LIMA, R. R. T., SETTE-DE-SOUZA, P. H., NORO, L. R. A.. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Mar. 2021.

FOLLARI, R. A. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. *In*: BIANCHETTI, L.; JANTSCH, A. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995.

FURTADO, T. Residência médica e mestrado na área profissional da medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 9, p. 5–6, 1995.

GARCIA, M. A. A. *et al.* A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Ciência Médica**. Campinas, nov./dez., 2006.

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

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, 21(2), p. 490-498, 2005.

GOMES, R.; DESLANDES S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994.

GONÇALVES, S. M. S.; SILVA, J. F. da; BENTO, M. das G. Relato sobre o Programa de Residência Pedagógica: Um olhar sobre a Formação Docente. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Dez.2019, vol.13, n.48, p. 670-683. ISSN: 1981-1179.

GOODSON, I. F. **Currículo: teoria e história**. Petrópolis: Vozes, 2012.

GUERRA, T. M. S.; COSTA, M. D. H., Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos contextos**. Porto Alegre, 2017.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO (HC). **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde**. Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência/Intensivismo. Passo Fundo, 2018.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KING, N.; HORROCKS, C. **Interviews in qualitative research**. London: Sage, cap. 3-4, 2010.

KNUTH, A. G. As Residências Multiprofissionais em Saúde como movimento social e pela saúde pública. *In*: KNUTH, A. G; AREJANO, C. B.; MARTINS S. D. R. (org.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde**. Rio Grande, Editora da FURG, 2017.

LEITE, M. C. L. **Decisões pedagógicas e inovações no ensino jurídico**. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LOPES, A. C. **Conhecimento escolar: ciência e cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1999.

_____. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 109-118, maio/ago. 2004a.

_____. Interpretando e produzindo políticas curriculares para o ensino médio. *In*: BRASIL. **Ensino médio: ciência, cultura e trabalho**. Brasília: MEC, SEMTEC, 2004b.

_____. Discursos nas políticas de currículo. **Currículo sem Fronteiras**, v.6, n.2, p.33-52, jul./dez. 2006.

_____. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Disciplinas e integração curricular: histórias e políticas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MAINARDES, J.; STREMEL, S. A teoria de Basil Bernstein e algumas de suas contribuições para as pesquisas sobre políticas educacionais e curriculares. **Revista Teias**, v. 11, n. 22, p. 31-54, maio/ago. 2010.

MARTINS G. M.; CAREGNATO R. C. A.; BARROSO V. L. M.; RIBAS D. C. P. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade

federal: trajetória histórica. **Gaúcha Enfermagem**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, set. 2016.

MATOS E.; PIRES D. E. P.; CAMPOS G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

_____. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2003, p. 45-59.

MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. *In*: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

MENEZES, A. A. e ESCÓSSIA, L. da. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. *Fractal: Revista de Psicologia*. v. 30, n. 3. Dez. 2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. *In*: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 20/05/2015.

MELO, R. L. de. Coordenadora Geral de Residências em Saúde do MEC visita a UFMS. **Entrevista concedida a UFMS**. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 13 mar. 2018. Disponível em: <https://www.ufms.br/coordenadora-geral-de-residencias-em-saude-do-mec-visita-ufms/>. Acesso em: 13/07/ 2018.

MIGUEL, F. A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no âmbito da linguística aplicada. **Revista Odisseia**, n. 5, p. 1-11, jan./jun. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES S. F.; GOMES R.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016. (Série Manuais Acadêmicos).

MORAIS, A. M.; NEVES, I. P. Processos de recontextualização num contexto de flexibilidade curricular. Análise da atual reforma das ciências para o ensino básico. **Revista de Educação**, Lisboa, v. XIV, n.2, p. 75-94. 2006.

MORAIS, A. M.; NEVES, I. P. A teoria de Basil Bernstein: Alguns aspectos fundamentais. **Revista Práxis Educativa**, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, v.2, n.2, 2007.

MORAIS, A. M.; NEVES, I. P.; PIRES, D. The what and the how of teaching and learning: going deeper into sociological analysis and intervention. *In: MULLER, J. et al. (Eds.). Reading Bernstein, researching Bernstein.* London: Routledge & Falmer, 2004, p. 75-90.

NASCIMENTO, D. D. G. do. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008, 142 p.

NEVES, I. P.; MORAIS, A. M.; MEDEIROS, A.; PENEDA, D. Os discursos instrucional e regulador em programas de ciências: estudo comparativo de duas reformas. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 13, n. 1, p. 209-245, 2000.

NETO, M. V. M; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2015.

NOGUEIRA, D. L.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M.; LINHARES, M. S. C. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.1, n.39, Rio de Janeiro, p.151-158, 2015.

OLIVEIRA, V. D. de. **Projetos Político-Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Rio de Janeiro, 2017.

OLIVEIRA, J. B. et al. Influência da residência multiprofissional na vida profissional de egressos. **Revista Inova Saúde**. Criciúma, v. 6, n. 1, Jul, 2017.

PAULA, G. B.; TOASSI, R. F. C. Papel e atribuições do preceptor na formação dos profissionais da saúde em cenários de aprendizagem do Sistema Único de Saúde. *Saberes Plurais: Educ. Saúde*, v. 5, n. 2, p. 125-142, ago./dez. 2021.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutorial na residência multiprofissional em saúde. **SANARE**, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, jul./dez. 2008.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese (Doutorado em Medicina). Campinas: UNICAMP/FCM; 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.1, n.35, p.103-109, 2001.

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002

_____. Trabalho em equipe. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 20/05/2015.

PEDUZZI, M.; SANGALETI C. T.; AGUIAR C.; SOUZA G. C.; SILVA G. A. M. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. *In: Programa de Atualização em Gestão de Enfermagem (PROENF)*, 2012.

PEDUZZI, M.; NORMAN I. J.; GERMANI A. C. C. G.; SILVA J. A. M.; Souza G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Universidade de São Paulo, São Paulo, v.4, n.47, p.977-983, 2013.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. *In: KURCGANT, P. (org.). Gerenciamento em Enfermagem*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016a, p. 103-114.

PEDUZZI, M., OLIVEIRA, M. A. de C., SILVA, J. A. M. da, AGRELI, H. L. F., & Miranda Neto, M. V. de. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *In Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria (Vol. 1)*. Barueri: Manole, 2016b.

PEDUZZI, M. et al. Relationship between team climate and satisfaction at work in the Family Health Strategy. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 55 v. 55 Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003307>>. Epub 05 Jan 2022. ISSN 1518-8787. Acesso em:29/12/2021.

HAUBRICH P.L.G., SILVA C.T., KRUSE M.H.L., ROCHA C.M.F. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde Redes**. Porto Alegre, 2015.

RIBEIRO, P. C. Produção de currículo: a escola e seus sujeitos. **Espaço do Currículo**, Universidade Federal da Paraíba, v.4, n.2, p.197-208, set. 2011/ mar. 2012.

RODRIGUES, T. F. (org). Tutoria: a construção de um processo de trabalho. *In: FIGUEIREDO, L. R. U.; RODRIGUES, T. F. R.; VARGAS, I. M. A. Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Série Vivências em Educação na Saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

RODRIGUES, C. D. S. **Mobilização e estruturação de competências no trabalho da preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde**. 2020. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.479-498, nov. 2009/ fev. 2010.

ROULSTON, K. **Data analysis and 'theorizing as ideology'. Qualitative Research**. Issue published. v. 1 (3), p.279-302, 2001.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SALVADOR, A. de S.; MEDEIROS, C. da S.; CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N. de. CONSTRUINDO A MULTIPROFISSIONALIDADE: UM OLHAR SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 329–338. Dez. 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998.

SANTOS, L. L. C. P. Bernstein e o campo Educacional: relevância, influências e incompreensões. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 120, 2003.

SCHERER, M. D. A; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, abr. 2011.

SCHERER, M. D. A; PIRES, D.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, nov. 2013.

SCHMALLER V. V, LEMOS J,; SILVA M. G.; LIMA M. L. L. T. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Textos Contextos**, Porto Alegre, v.11, n.2, dez. 2012.

SHIROMA, E. O; CAMPOS, R. F.; GARCIA, R. M. C. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 02, dez. 2005.

SIG RESIDÊNCIAS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PRÓ-RESIDÊNCIAS. **Relatório de Gestão 2018**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2018.

SILVA R, SCAPIN L, BATISTA N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**. Campinas. Mar. 2011.

SILVA, L. B. **Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2016.

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

SILVA, L.B.; MENDES, A. G. Serviço Social, saúde e interdisciplinaridade. *In*: SILVA, L. B; RAMOS, A. (org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 49-64.

SILVA, T. T. da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do Currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SILVA, L. B. **Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, M. V. S. da, MIRANDA, G. B. N., & ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** 2017, 21(62), 589-599. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>>. Acesso em: 27/12/2017.

SILVA, I. M. de L et al. A Importância da Qualificação do Preceptor nos Cenários de Formação em Oncologia dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde. **Rev. Bras. Cancerol.** AGO.de 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/953> >. Acesso em: 22/03/2020.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis** [online]. 2018, v. 21, n. 01, pp. 200-209. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>>. Acesso e, 24/01/2022.

SILVEIRA, A. (coord.). **Residência de Medicina do Trabalho**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Serviço Especial de Saúde do Trabalhador, 2005.

STAKE, R. E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata.1999.
TOLDRÁ, R. C., RAMOS, L. R., & DE AIMEIDA, M. H. M. Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar/*In search of network attention: contributions of a multiprofessional residency program in the hospital context*. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, 27(03), 584–592, jan. 2019.

STEINBACH, M. **A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. de S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. v. 17, n. 2, mar., 2019

TORRES R. B. S.; BARRETO I. C. H. C.; FREITAS, R. W. J. F.; EVANGELISTA, A. L. P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface**, Botucatu, v.23, jan. 2019.

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (UPF). **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde.** Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer. Passo Fundo, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento me métodos** / Robert K. Yin. Tradução: Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO 1 – FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo () feminino () masculino

Graduação em: _____

Pós-Graduação – Especialização Modalidade Residência: () Sim () Não

Área de Concentração:

Ano de Conclusão:

Pós-Graduação – Especialização *Lato Sensu*: () Sim () Não

Área da Especialização:

Ano de Conclusão:

Pós-Graduação – Mestrado: () Sim () Não

Área do Mestrado:

Ano de Conclusão:

Pós-Graduação – Doutorado: () Sim () Não

Área do Doutorado:

Ano de Conclusão:

Profissão:

Tempo de Profissão:

Papel que ocupa no PRAPS – HC-UPF ATUALMENTE

() Coordenador () Tutor () Docente () Preceptor () Mais de um papel ocupado simultaneamente

Desde quando ____ - ____ - ____

Instituição proponente em que o Programa é vinculado

Experiência como:

1. Coordenador de Programa de Residência em Saúde: () Sim () Não

1.1 Tempo de Experiência em anos:

2. Tutor de Programa de Residência em Saúde: () Sim () Não

2.1 Tempo de Experiência em anos:

3. Docente de Programa de Residência em Saúde: () Sim () Não

3.1 Tempo de Experiência em anos:

4. Preceptor de Programa de Residência em Saúde: () Sim () Não

4.1 Tempo de Experiência em anos:

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

APÊNDICE B

INSTRUMENTO 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

() Coordenador () Tutor () Docente () Preceptor () Para o caso de ocupar 2 ou +
() área de concentração Atenção ao Câncer () área de concentração Urgência e Emergência/Intensivismo

1. Você conhece o documento legal que institui a política de residências em saúde?
2. Se sim, na sua percepção, o que esse documento legal propõe?
3. Você conhece o projeto pedagógico do Programa de Residência em Área Profissional, modalidade Multiprofissional no qual está inserido?
4. Se sim, o que tem a dizer sobre ele?
5. No seu entendimento, o que é interdisciplinaridade?
6. Na sua percepção, a interdisciplinaridade é realizada no seu Programa de Residência?
7. Se respondeu sim, pode me dar um exemplo de como ela se concretiza na prática, neste Programa?
8. Se respondeu não, pode me dar um exemplo de como você acha que poderia ser realizada na prática, neste Programa?
9. No seu entendimento, o que é multiprofissionalidade?
10. Na sua percepção, a multiprofissionalidade é realizada no seu Programa?
11. Se respondeu sim, pode me dar um exemplo de como ela se concretiza na prática?
12. Se respondeu não, pode me dar um exemplo de como você acha que poderia ser realizada na prática, neste Programa?
13. Na sua percepção, há dificuldades em propor atividades que deem conta da interdisciplinaridade?
14. Se sim, você pode me dar exemplos de quais são as maiores dificuldades?
15. Se não, você pode me dar exemplos de como é a prática ou como é o seu manejo?
16. Na sua percepção, há dificuldades em propor atividades que deem conta da multiprofissionalidade?
17. Se sim, você pode me dar exemplos de quais são as maiores dificuldades?
18. Se não, você pode me dar exemplos de como é a prática, ou como é o seu manejo?
19. Você gostaria de acrescentar algum comentário, ou sugestão sobre os aspectos que conversamos?

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de doutorado, intitulada “RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO: um estudo sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade”. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que ficará com você e outra que ficará com o pesquisador. Caso aceite participar desta pesquisa, você responderá a uma ficha sociodemográfica e a uma entrevista semiestruturada que têm como objetivo, investigar a percepção dos coordenadores, tutores, docentes e preceptores sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade na prática de dois Programas de Residência Multiprofissional. Será garantido sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Os dados da pesquisa serão utilizados para publicação, preservando sempre o anonimato. Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo ocorrer apenas o desconforto gerado por alguma questão. Caso isso ocorra, você poderá encerrar a sua participação sem quaisquer prejuízos. Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Meridional/IMED – Rua Senador Pinheiro, 304 – PF/RS – cep@imed.edu.br. O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os participantes em seus direitos e dignidade. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar, autorize e assine o consentimento abaixo: Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa. Você receberá uma cópia do presente termo e a outra cópia ficará com a pesquisadora responsável.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Alessandra R. M. de Castro. Telefone (53) 992410655. E-mail: alessandrarmdecastro@gmail.com Profa. Maria Cecília Lorea Leite – Orientadora E-mail: mcll@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da IMED – Rua Senador Pinheiro, 304 – PF/RS – cep@imed.edu.br

APÊNDICE D

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, Alessandra Rodrigues Moreira de Castro, declaro que todos os pesquisadores envolvidos no projeto intitulado RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO: um estudo sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a: somente iniciar o estudo após a aprovação pelo CEP-IMED e, se for o caso, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas; utilizar os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste estudo apenas para atingir o objetivo proposto e não utilizá-los para outros trabalhos, sem o devido consentimento dos participantes. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a(es/as) e participantes da pesquisa.

Alessandra Rodrigues Moreira de Castro

Passo Fundo, XX de XXXXXXXX de 2020.

ANEXOS

Anexo A

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005

Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis ns. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, programa emergencial e experimental, destinado a executar ações integradas que propiciem aos jovens brasileiros, na forma de curso previsto no art. 81 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, elevação do grau de escolaridade visando a conclusão do ensino fundamental, qualificação profissional voltada a estimular a inserção produtiva cidadã e o desenvolvimento de ações comunitárias com práticas de solidariedade, exercício da cidadania e intervenção na realidade local.

§ 1º O ProJovem terá validade pelo prazo de 2 (dois) anos, devendo ser avaliado ao término do 2º (segundo) ano, com o objetivo de assegurar a qualidade do Programa.

§ 2º O Programa poderá ser prorrogado pelo prazo previsto no § 1º deste artigo, de acordo com as disponibilidades orçamentárias e financeiras da União.

§ 3º A certificação da formação dos alunos, no âmbito do ProJovem, obedecerá à legislação educacional em vigor.

§ 4º As organizações juvenis participarão do desenvolvimento das ações comunitárias referidas no caput deste artigo, conforme disposto em Ato do Poder Executivo.

Art. 2º O ProJovem destina-se a jovens com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos que atendam, cumulativamente, aos seguintes requisitos:

I - tenham concluído a 4ª (quarta) série e não tenham concluído a 8ª (oitava) série do ensino fundamental;

II - não tenham vínculo empregatício.

§ 1º Quando o número de inscrições superar o de vagas oferecidas pelo programa, será realizado sorteio público para preenchê-las, com ampla divulgação do resultado.

§ 2º Fica assegurada ao jovem portador de deficiência a participação no ProJovem e o atendimento de sua necessidade especial, desde que atendidas as condições previstas neste artigo.

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

Art. 3º A execução e a gestão do ProJovem dar-se-ão, no âmbito federal, por meio da conjugação de esforços entre a Secretaria-Geral da Presidência da República, que o coordenará, e os Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, observada a intersetorialidade, e sem prejuízo da participação de outros órgãos e entidades do Poder Executivo Federal.

Parágrafo único. No âmbito local, a execução e a gestão do ProJovem dar-se-ão por meio da conjugação de esforços entre os órgãos públicos das áreas de educação, de trabalho, de assistência social e de juventude, observada a intersetorialidade, sem prejuízo da participação das secretarias estaduais de juventude, onde houver, e de outros órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual e Municipal, do Poder Legislativo e da sociedade civil.

.....
.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.311, DE 24 DE OUTUBRO DE 1996

Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências.

Art. 8º A alíquota fica reduzida a zero:

I - nos lançamentos a débito em contas de depósito de poupança, de depósito judicial e de depósito em consignação de pagamento de que tratam os parágrafos do art. 890 da Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973, introduzidos pelo art. 1º da Lei nº 8.951, de 13 de dezembro de 1994, para crédito em conta corrente de depósito ou conta de poupança, dos mesmos titulares;

II - nos lançamentos relativos a movimentação de valores de conta corrente de depósito, para conta de idêntica natureza, dos mesmos titulares, exceto nos casos de lançamentos a crédito na hipótese de que trata o inciso II do art. 2º;

III - nos lançamentos em contas correntes de depósito das sociedades corretoras de títulos, valores mobiliários e câmbio, das sociedades distribuidoras de títulos e valores mobiliários, das sociedades de investimento e fundos de investimento constituídos nos termos dos artigos 49 e 50 da Lei nº 4.728, de 14 de julho de 1965, das sociedades corretoras de mercadorias e dos serviços de liquidação, compensação e custódia vinculados às bolsas de valores, de mercadorias e de futuros, e das instituições financeiras não referidas no inciso IV do art. 2º, bem como das cooperativas de crédito, desde que os respectivos valores sejam movimentados em contas correntes de depósito especialmente abertas e exclusivamente utilizadas para as operações a que se refere o § 3º deste artigo;

IV - nos lançamentos efetuados pelos bancos comerciais, bancos múltiplos com carteira comercial e caixas econômicas, relativos as operações a que se refere o § 3º deste artigo;

V - nos pagamentos de cheques, efetuados por instituição financeira, cujos valores não tenham sido creditados em nome do beneficiário nas contas referidas no inciso I do art. 2º;

VI - nos lançamentos relativos aos ajustes diários exigidos em mercados organizados de liquidação futura e específico das operações a que se refere o inciso V do art. 2º.

VII - nos lançamentos a débito em conta corrente de depósito para investimento, aberta e utilizada exclusivamente para realização de aplicações financeiras de renda fixa e de renda variável, de qualquer natureza, inclusive em contas de depósito de poupança.

** Inciso VII acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

VIII - nos lançamentos a débito nas contas especiais de depósito a vista tituladas pela população de baixa renda, com limites máximos de movimentação e outras condições definidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN e pelo Banco Central do Brasil.

** Inciso VIII acrescido pela Lei nº 11.110, de 25/04/2005.*

IX - nos lançamentos relativos à transferência de reservas técnicas, fundos e provisões de plano de benefício de caráter previdenciário entre entidades de previdência complementar ou sociedades seguradoras, inclusive em decorrência de reorganização societária, desde que:

** Inciso IX, caput, acrescido pela Lei nº 11.196, de 21/11/2005.*

a) não haja qualquer disponibilidade de recursos para o participante, nem mudança na titularidade do plano; e

** Alínea a acrescida pela Lei nº 11.196, de 21/11/2005.*

b) a transferência seja efetuada diretamente entre planos ou entre gestores de planos.

** Alínea b com redação dada pela Lei nº 11.196, de 21/11/2005.*

X - nos lançamentos a débito em conta corrente de depósito de titularidade de residente ou domiciliado no Brasil ou no exterior para liquidação de operações de aquisição de ações em oferta pública, registrada na Comissão de Valores Mobiliários, realizada fora dos recintos ou sistemas de negociação de bolsa de valores, desde que a companhia emissora tenha registro para negociação das ações em bolsas de valores.

** Inciso X acrescido pela Lei nº 11.312, de 27/06/2006.*

XI - na liquidação antecipada por instituição financeira, por conta e ordem do mutuário, de contrato de concessão de crédito que o mesmo mutuário tenha contratado em outra instituição financeira, desde que a referida liquidação esteja vinculada à abertura de nova linha de crédito, em valor idêntico ao do saldo devedor liquidado antecipadamente pela instituição que proceder à liquidação da operação, na forma regulamentada pelo Conselho Monetário Nacional;

** Inciso XI acrescido pela Lei nº 11.482, de 31/05/2007.*

XII - nos lançamentos a débito em conta corrente de depósito de titularidade de entidade fechada de previdência complementar para pagamento de benefícios do Regime Geral de Previdência Social, relativos a aposentadoria e pensão, no âmbito de convênio firmado entre a entidade e o Instituto Nacional de Seguro Social - INSS;

** Inciso XII acrescido pela Lei nº 11.482, de 31/05/2007.*

XIII - nos lançamentos a débito em conta especial destinada ao registro e controle do fluxo de recursos, aberta exclusivamente para pagamento de salários, proventos, soldos, vencimentos, aposentadorias, pensões e similares, decorrente de transferência para conta corrente de depósito de titularidade do mesmo beneficiário, conjunta ou não, na forma regulamentada pelo Conselho Monetário Nacional.

** Inciso XIII acrescido pela Lei nº 11.482, de 31/05/2007.*

1º O Banco Central do Brasil, no exercício de sua competência, expedirá normas para assegurar o cumprimento do disposto nos incisos I, II, VI, VII, X, XI, XII e XIII do caput deste artigo, objetivando, inclusive por meio de documentação específica, a identificação dos lançamentos previstos nos referidos incisos.

** § 1º com redação dada pela Lei nº 11.482, de 31/05/2007.*

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

§ 2º A aplicação da alíquota zero prevista nos incisos I, II e VI deste artigo fica condicionada ao cumprimento das normas que vierem a ser estabelecidas pelo Ministro de Estado da Fazenda.

§ 3º O disposto nos incisos III e IV deste artigo restringe-se a operações relacionadas em ato do Ministro de Estado da Fazenda, dentre as que constituam o objeto social das referidas entidades.

§ 4º O disposto nos incisos I e II deste artigo não se aplica a contas conjuntas de pessoas físicas, com mais de dois titulares, e a quaisquer contas conjuntas de pessoas jurídicas.

§ 5º O Ministro de Estado da Fazenda poderá estabelecer limite de valor do lançamento, para efeito de aplicação da alíquota zero, independentemente do fato gerador a que se refira.

§ 6º O disposto no inciso V deste artigo não se aplica a cheques que emitidos por instituição financeira, tenham sido adquiridos em dinheiro.

§ 7º Para a realização de aplicações financeiras, é obrigatória a abertura de contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput deste artigo, pelas instituições financeiras e demais instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil.

** § 7º acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 8º As aplicações financeiras serão efetivadas somente por meio de lançamentos a débito em contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput deste artigo.

** § 8º acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 9º Ficam autorizadas a efetivação e a manutenção de aplicações financeiras em contas de depósito de poupança não integradas a contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput deste artigo, observadas as disposições estabelecidas na legislação e na regulamentação em vigor.

** § 9º acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 10. Não integram as contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput deste artigo:

** § 10, caput, acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

I - as operações e os contratos de que tratam os incisos II e III do caput do art. 85 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

** Inciso I acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

II - as contas de depósitos judiciais e de depósitos em consignação em pagamento de que tratam os parágrafos do art. 890 da Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973;

** Inciso II acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

III - as operações a que se refere o inciso V do caput do art. 2º desta Lei, quando sujeitas a ajustes diários.

** Inciso III acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 11. O ingresso de recursos novos nas contas correntes de depósito para investimento será feito exclusivamente por meio de lançamento a débito em conta corrente de depósito do titular, por cheque de sua emissão, cruzado e intransferível, ou por outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil.

** § 11 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

§ 12. Os valores das retiradas de recursos das contas correntes de depósito para investimento, quando não destinados à realização de aplicações financeiras, serão pagos exclusivamente ao beneficiário por meio de crédito em sua conta corrente de depósito, de cheque, cruzado e intransferível, ou de outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil.

** § 12 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 13. Aplica-se o disposto no inciso II do caput deste artigo nos lançamentos relativos a movimentação de valores entre contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput deste artigo.

** § 13 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 14. As operações a que se refere o inciso V do caput do art. 2º desta Lei, quando não sujeitas a ajustes diários, integram as contas correntes de depósitos para investimentos.

** § 14 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 15. A partir de 1º de outubro de 2006, os valores de resgate, liquidação, cessão ou repactuação das aplicações financeiras existentes em 30 de setembro de 2004, exceto em contas de depósito de poupança, poderão ser creditados diretamente ao beneficiário, em conta corrente de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput deste artigo.

** § 15 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 16. No caso de pessoas jurídicas, as contas correntes de depósito não poderão ser conjuntas.

** § 16 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

§ 17. Em relação às operações referentes às contas correntes de depósito para investimento ou em relação à manutenção destas, as instituições financeiras, caso venham a estabelecer cobrança de tarifas, não poderão exigi-las em valor superior às fixadas para as demais operações de mesma natureza, observadas as normas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional.

** § 17 acrescido pela Lei nº 10.892, de 13/07/2004.*

Art. 9º É facultado ao Poder Executivo alterar a alíquota da contribuição, observado o limite máximo previsto no art. 7º.

.....

.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004

Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências.

Art. 1º Fica criado, no âmbito da Presidência da República, o Programa Bolsa Família, destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades.

Parágrafo único. O Programa de que trata o caput tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação - Bolsa Escola, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA, criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde - Bolsa Alimentação, instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001, do Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e do Cadastro Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001.

Art. 2º Constituem benefícios financeiros do Programa, observado o disposto em regulamento:

I - o benefício básico, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza;

II - o benefício variável, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrízes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos.

§ 1º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - família, a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros;

II - nutriz, a mãe que esteja amamentando seu filho com até 6 (seis) meses de idade para o qual o leite materno seja o principal alimento;

III - renda familiar mensal, a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda, nos termos do regulamento.

§ 2º O valor do benefício mensal a que se refere o inciso I do caput será de R\$ 50,00 (cinquenta reais) e será concedido a famílias com renda per capita de até R\$ 50,00 (cinquenta reais).

§ 3º O valor do benefício mensal a que se refere o inciso II do caput será de R\$ 15,00 (quinze reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por família beneficiada e será concedido a famílias com renda per capita de até R\$ 100,00 (cem reais).

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

§ 4º A família beneficiária da transferência a que se refere o inciso I do caput poderá receber, cumulativamente, o benefício a que se refere o inciso II do caput, observado o limite estabelecido no § 3º.

§ 5º A família cuja renda per capita mensal seja superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais), até o limite de R\$ 100,00 (cem reais), receberá exclusivamente o benefício a que se refere o inciso II do caput, de acordo com sua composição, até o limite estabelecido no § 3º.

§ 6º Os valores dos benefícios e os valores referenciais para caracterização de situação de pobreza ou extrema pobreza de que tratam os §§ 2º e 3º poderão ser majorados pelo Poder Executivo, em razão da dinâmica socioeconômica do País e de estudos técnicos sobre o tema, atendido o disposto no parágrafo único do art. 6º.

§ 7º Os atuais beneficiários dos programas a que se refere o parágrafo único do art. 1º, à medida que passarem a receber os benefícios do Programa Bolsa Família, deixarão de receber os benefícios daqueles programas.

§ 8º Considera-se benefício variável de caráter extraordinário a parcela do valor dos benefícios em manutenção das famílias beneficiárias dos Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, PNAE e Auxílio-Gás que, na data de ingresso dessas famílias no Programa Bolsa Família, exceda o limite máximo fixado neste artigo.

§ 9º O benefício a que se refere o § 8º será mantido até a cessação das condições de elegibilidade de cada um dos beneficiários que lhe deram origem.

§ 10. O Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família poderá excepcionalizar o cumprimento dos critérios de que trata o § 2º, nos casos de calamidade pública ou de situação de emergência reconhecidos pelo Governo Federal, para fins de concessão do benefício básico em caráter temporário, respeitados os limites orçamentários e financeiros.

§ 11. Os benefícios a que se referem os incisos I e II do caput serão pagos, mensalmente, por meio de cartão magnético bancário, fornecido pela Caixa Econômica Federal, com a respectiva identificação do responsável mediante o Número de Identificação Social - NIS, de uso do Governo Federal.

§ 12. Os benefícios poderão, também, ser pagos por meio de contas especiais de depósito a vista, nos termos de resoluções adotadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 13. No caso de créditos de benefícios disponibilizados indevidamente ou com prescrição do prazo de movimentação definido em regulamento, os créditos reverterão automaticamente ao Programa Bolsa Família.

§ 14. O pagamento dos benefícios previstos nesta Lei será feito preferencialmente à mulher, na forma do regulamento.

Art. 3º A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionais relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.

.....
.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993

Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências.

.....
CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO E DA GESTÃO
.....

Art. 18. Compete ao Conselho Nacional de Assistência Social:

Parágrafo único. Das decisões finais do Conselho Nacional de Assistência Social, vinculado ao Ministério da Assistência e Promoção Social, relativas à concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência Social, no prazo de trinta dias, contados da data da publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada, do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ou da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

** § único acrescido pela Lei nº 10.684, de 30/05/2003.*

I - aprovar a Política Nacional de Assistência Social;

II - normatizar as ações e regular a prestação de serviços de natureza pública e privada no campo da assistência social;

III - fixar normas para a concessão de registro e certificado de fins filantrópicos às entidades privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social;

IV - conceder atestado de registro e certificado de entidades de fins filantrópicos, na forma do regulamento a ser fixado, observado o disposto no art. 9º desta Lei;

V - zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social;

VI - a partir da realização da II Conferência Nacional de Assistência Social em 1997, convocar ordinariamente a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema;

** Inciso VI com redação dada pela Lei nº 9.720, de 30/11/1998.*

VII - (VETADO);

VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;

IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais equitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias;

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;

XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS;

XII - indicar o representante do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS junto ao Conselho Nacional da Seguridade Social;

XIII - elaborar e aprovar seu regimento interno;

XIV - divulgar, no Diário Oficial da União, todas as suas decisões, bem como as contas do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS e os respectivos pareceres emitidos.

Art. 19. Compete ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social:

I - coordenar e articular as ações no campo da assistência social;

II - propor ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS a Política Nacional de Assistência Social, suas normas gerais, bem como os critérios de prioridade e de elegibilidade, além de padrões de qualidade na prestação de benefícios, serviços, programas e projetos;

III - prover recursos para o pagamento dos benefícios de prestação continuada definidos nesta Lei;

IV - elaborar e encaminhar a proposta orçamentária da assistência social, em conjunto com as demais áreas da Seguridade Social;

V - propor os critérios de transferência dos recursos de que trata esta Lei;

VI - proceder à transferência dos recursos destinados à assistência social, na forma prevista nesta Lei;

VII - encaminhar à apreciação do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS relatórios trimestrais e anuais de atividades e de realização financeira dos recursos;

VIII - prestar assessoramento técnico aos Estados, ao Distrito Federal, aos Municípios e às entidades e organizações de assistência social;

IX - formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos no campo da assistência social;

X - desenvolver estudos e pesquisas para fundamentar as análises de necessidades e formulação de proposições para a área;

XI - coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de assistência social, em articulação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal;

XII - articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas sócio-econômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas;

XIII - expedir os atos normativos necessários à gestão do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS;

XIV - elaborar e submeter ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS os programas anuais e plurianuais de aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS.

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**CAPÍTULO IV
DOS BENEFÍCIOS, DOS SERVIÇOS, DOS PROGRAMAS E DOS PROJETOS DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**Seção III
Dos Serviços**

Art. 23. Entendem-se por serviços assistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta Lei.

Parágrafo único. Na organização dos serviços da Assistência serão criados programas de amparo:

** § único, caput, com redação dada pela Lei nº 11.258, de 30/12/2005.*

I - às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;

** Inciso I acrescido pela Lei nº 11.258, de 30/12/2005.*

II - às pessoas que vivem em situação de rua.

** Inciso II acrescido pela Lei nº 11.258, de 30/12/2005.*

**Seção IV
Dos Programas de Assistência Social**

Art. 24. Os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais.

§ 1º Os programas de que trata este artigo serão definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social, obedecidos os objetivos e princípios que regem esta Lei, com prioridade para a inserção profissional e social.

§ 2º Os programas voltados ao idoso e à integração da pessoa portadora de deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta Lei.

***Vide Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de Agosto de 2001.**

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.187-13, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Dispõe sobre o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência Social, e altera dispositivos das Leis nºs 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.212 e 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.742, de 7 de dezembro de 1993, 9.604, de 5 de fevereiro de 1998, 9.639, de 25 de maio de 1998, 9.717, de 27 de novembro de 1998, e 9.796, de 5 de maio de 1999, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º. Os benefícios mantidos pela Previdência Social serão reajustados, em 1º de junho de 2000, em cinco vírgula oitenta e um por cento.

Parágrafo único. Para os benefícios concedidos pela Previdência Social a partir de 1º de julho de 1999, o reajuste nos termos do caput dar-se-á de acordo com os percentuais indicados no Anexo a esta Medida Provisória.

Art. 5º. A Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art.9º.....
.....

§ 3º A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade beneficente de assistência social junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.
....." (NR)

"Art.18.....
.....

III - observado o disposto em regulamento, estabelecer procedimentos para concessão de registro e certificado de entidade beneficente de assistência social às instituições privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social que prestem serviços relacionados com seus objetivos institucionais;

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

IV - conceder registro e certificado de entidade beneficente de assistência social; " (NR)

"Art. 28-A. Constitui receita do Fundo Nacional de Assistência Social, o produto da alienação dos bens imóveis da extinta Fundação Legião Brasileira de Assistência." (NR)

Art. 6º. A Lei nº 9.604, de 5 de fevereiro de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

Art. 14. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.187-12, de 27 de julho de 2001.

Art. 15. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revogam-se o parágrafo único do art. 56 e o art. 101 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, os §§ 1º e 2º do art. 41, o art. 95 e os arts. 144 a 147 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, os arts. 7º a 9º e 12 a 17 da Lei nº 9.711, de 20 de novembro de 1998, e os incisos I e III do art. 6º da Lei nº 9.717, de 27 de novembro de 1998.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Roberto Brant

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996

Estabelece as Diretrizes e Bases da
Educação Nacional.

TÍTULO V
DOS NÍVEIS E DAS MODALIDADES DE EDUCAÇÃO E ENSINO

CAPÍTULO II
DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 24. A educação básica, nos níveis fundamental e médio, será organizada de acordo com as seguintes regras comuns:

I - a carga horária mínima anual será de oitocentas horas, distribuídas por um mínimo de duzentos dias de efetivo trabalho escolar, excluído o tempo reservado aos exames finais, quando houver;

II - a classificação em qualquer série ou etapa, exceto a primeira do ensino fundamental, pode ser feita:

a) por promoção, para alunos que cursaram, com aproveitamento, a série ou fase anterior, na própria escola.

b) por transferência, para candidatos procedentes de outras escolas

c) independentemente de escolarização anterior, mediante avaliação feita pela escola, que defina o grau de desenvolvimento e experiência do candidato, e permita sua inscrição na série ou etapa adequada, conforme regulamentação do respectivo sistema de ensino;

III - nos estabelecimentos que adotam a progressão regular por série, o regimento escolar pode admitir forma de progressão parcial, desde que preservada a seqüência do currículo, observadas as normas do respectivo sistema de ensino;

IV - poderão organizar-se classes, ou turmas, com alunos de séries distintas, com níveis equivalentes de adiantamento na matéria, para o ensino de línguas estrangeiras, artes, ou outros componentes curriculares;

V - a verificação do rendimento escolar observará os seguintes critérios:

a) avaliação contínua e cumulativa do desempenho do aluno, com prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos e dos resultados ao longo do período sobre os de eventuais provas finais;

b) possibilidade de aceleração de estudos para alunos com atraso escolar;

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

c) possibilidade de avanço nos cursos e nas séries mediante verificação do aprendizado;

d) aproveitamento de estudos concluídos com êxito;

e) obrigatoriedade de estudos de recuperação, de preferência paralelos ao período letivo, para os casos de baixo rendimento escolar, a serem disciplinados pelas instituições de ensino em seus regimentos;

VI - o controle de frequência fica a cargo da escola, conforme o disposto no seu regimento e nas normas do respectivo sistema de ensino, exigida a frequência mínima de setenta e cinco por cento do total de horas letivas para aprovação;

VII - cabe a cada instituição de ensino expedir históricos escolares, declarações de conclusão de série e diplomas ou certificados de conclusão de cursos, com as especificações cabíveis.

Art. 25. Será objetivo permanente das autoridades responsáveis alcançar relação adequada entre o número de alunos e o professor, a carga horária e as condições materiais do estabelecimento.

Parágrafo único. Cabe ao respectivo sistema de ensino, à vista das condições disponíveis e das características regionais e locais, estabelecer parâmetro para atendimento do disposto neste artigo.

.....
**TÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**
.....

Art. 81. É permitida a organização de cursos ou instituições de ensino experimentais, desde que obedecidas as disposições desta Lei.

Art. 82. Os sistemas de ensino estabelecerão as normas para realização dos estágios dos alunos regularmente matriculados no ensino médio ou superior em sua jurisdição.

Parágrafo único. O estágio realizado nas condições deste artigo não estabelece vínculo empregatício, podendo o estagiário receber bolsa de estágio, estar segurado contra acidentes e ter a cobertura previdenciária prevista na legislação específica.
.....
.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 11.326, DE 24 DE JULHO DE 2006

Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais.

.....
Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se agricultor familiar e empreendedor familiar rural aquele que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos:

- I - não detenha, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais;
- II - utilize predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento;
- III - tenha renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento;
- IV - dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família.

§ 1º O disposto no inciso I do caput deste artigo não se aplica quando se tratar de condomínio rural ou outras formas coletivas de propriedade, desde que a fração ideal por proprietário não ultrapasse 4 (quatro) módulos fiscais.

§ 2º São também beneficiários desta Lei:

I - silvicultores que atendam simultaneamente a todos os requisitos de que trata o caput deste artigo, cultivem florestas nativas ou exóticas e que promovam o manejo sustentável daqueles ambientes;

II - aqüicultores que atendam simultaneamente a todos os requisitos de que trata o caput deste artigo e explorem reservatórios hídricos com superfície total de até 2ha (dois hectares) ou ocupem até 500m³ (quinhentos metros cúbicos) de água, quando a exploração se efetivar em tanques-rede;

III - extrativistas que atendam simultaneamente aos requisitos previstos nos incisos II, III e IV do caput deste artigo e exerçam essa atividade artesanalmente no meio rural, excluídos os garimpeiros e fiscoadores;

IV - pescadores que atendam simultaneamente aos requisitos previstos nos incisos I, II, III e IV do caput deste artigo e exerçam a atividade pesqueira artesanalmente.

Art. 4º A Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais observará, dentre outros, os seguintes princípios:

- I - descentralização;
 - II - sustentabilidade ambiental, social e econômica;
 - III - equidade na aplicação das políticas, respeitando os aspectos de gênero, geração e etnia;
 - IV - participação dos agricultores familiares na formulação e implementação da política nacional da agricultura familiar e empreendimentos familiares rurais.
-
.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 10.748, DE 22 DE OUTUBRO DE 2003

Cria o Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego para os Jovens - PNPE, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, e dá outras providências.

.....
Art. 3º O PNPE será coordenado, executado e supervisionado pelo Ministério do Trabalho e Emprego e contará com um Conselho Consultivo, ao qual caberá debater e sugerir medidas para o aperfeiçoamento do PNPE.

** Artigo, caput, com redação dada pela Lei nº 10.940, de 27/08/2004.*

§ 1º As ações desenvolvidas no âmbito do PNPE com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, serão acompanhadas pelo Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - Codefat.

§ 2º Ato do Poder Executivo disporá sobre a vinculação, a composição e o funcionamento do Conselho Consultivo do PNPE.

Art. 4º O cadastramento do jovem no PNPE será efetuado nas unidades de atendimento do Sistema Nacional de Emprego - SINE, ou em órgãos ou entidades conveniados.

** Artigo, caput, com redação dada pela Lei nº 10.940, de 27/08/2004.*

Parágrafo único. (Revogado pela Lei nº 10.940, de 27/08/2004)
.....
.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.608, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1998

Dispõe sobre o Serviço Voluntário e dá outras providências.

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Art. 2º O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Art. 3º O prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo único. As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário.

Art. 3º A - Fica a União autorizada a conceder auxílio financeiro ao prestador de serviço voluntário com idade de dezesesseis a vinte e quatro anos integrante de família com renda mensal per capita de até meio salário mínimo.

** Artigo, caput, acrescido pela Lei n. 10.748, de 22/10/2003.*

§ 1º O auxílio financeiro a que se refere o caput terá valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) e será custeado com recursos da União por um período máximo de seis meses, sendo destinado preferencialmente:

** § 1º, caput, acrescido pela Lei n. 10.748, de 22/10/2003.*

I - aos jovens egressos de unidades prisionais ou que estejam cumprindo medidas sócio-educativas; e

** Inciso I acrescido pela Lei n. 10.748, de 22/10/2003.*

II - a grupos específicos de jovens trabalhadores submetidos a maiores taxas de desemprego.

** Inciso II acrescido pela Lei n. 10.748, de 22/10/2003.*

§ 2º O auxílio financeiro poderá ser pago por órgão ou entidade pública ou instituição privada sem fins lucrativos previamente cadastrados no Ministério do Trabalho e Emprego, utilizando recursos da União, mediante convênio, ou com recursos próprios.

** § 2º com redação dada pela Lei nº 10.940, de 27/08/2004.*

§ 3º É vedada a concessão do auxílio financeiro a que se refere este artigo ao voluntário que preste serviço a entidade pública ou instituição privada sem fins lucrativos, na qual trabalhe qualquer parente, ainda que por afinidade, até o 2º (segundo) grau.

** § 3º com redação dada pela Lei nº 10.940, de 27/08/2004.*

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

§ 4º Para efeitos do disposto neste artigo, considera-se família a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e mantendo sua economia pela contribuição de seus membros.

** § 4º acrescido pela Lei n. 10.748, de 22/10/2003.*

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 10.940, DE 27 DE AGOSTO DE 2004

Altera e acrescenta dispositivos à Lei nº 10.748, de 22 de outubro de 2003, que cria o Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego para os Jovens, PNPE e à Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre o Serviço Voluntário, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º e 9º da Lei nº 10.748, de 22 de outubro de 2003, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art.2º.....
.....
.....

II - sejam membros de famílias com renda mensal per capita de até 1/2 (meio) salário mínimo, incluídas nesta média eventuais subvenções econômicas de programas congêneres e similares, nos termos do disposto no art. 11 desta Lei;

III - estejam matriculados e freqüentando regularmente estabelecimento de ensino fundamental ou médio, ou cursos de educação de jovens e adultos, nos termos dos arts. 37 e 38 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, ou que tenham concluído o ensino médio; e

IV - estejam cadastrados nas unidades executoras do Programa, nos termos desta Lei;

V - (revogado).

§ 1º No mínimo 70% (setenta por cento) dos empregos criados no âmbito do PNPE serão preenchidos por jovens que ainda não tenham concluído o ensino fundamental ou médio.

§ 2º O encaminhamento dos jovens cadastrados no PNPE às empresas contratantes, atendidas as habilidades específicas por elas exigidas e a proximidade entre a residência do jovem e o posto de trabalho oferecido, observará o percentual de que trata o § 1º deste artigo, a ordem cronológica das inscrições e o disposto no § 4º do art. 5º desta Lei.

§ 3º O PNPE divulgará bimestralmente, inclusive via internet, a quantidade de postos de trabalho gerada pelo PNPE, por ramo de atividade e município, distinguindo os contratos por prazo indeterminado

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

dos por prazo determinado, o quantitativo de empregados mantidos pelas empresas contratantes e a relação de jovens inscritos e colocados pelo Programa.

.....

§ 6º O PNPE não abrange o trabalho doméstico nem o contrato de experiência previsto na alínea c do § 2º do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

§ 7º Os jovens que receberem o auxílio financeiro por meio de convênio, nos termos do § 2º do art. 3º-A da Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, terão prioridade de atendimento no âmbito do PNPE." (NR)

"Art. 3º O PNPE será coordenado, executado e supervisionado pelo Ministério do Trabalho e Emprego e contará com um Conselho Consultivo, ao qual caberá debater e sugerir medidas para o aperfeiçoamento do PNPE.

....." (NR)

"Art. 4º O cadastramento do jovem no PNPE será efetuado nas unidades de atendimento do Sistema Nacional de Emprego - SINE, ou em órgãos ou entidades conveniados.

Parágrafo único. (revogado)" (NR)

"Art. 5º

§ 1º Os empregadores que atenderem ao disposto no art. 4º-A desta Lei terão acesso à subvenção econômica de que trata este artigo, no valor de 6 (seis) parcelas bimestrais de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), por emprego gerado.

I - (revogado);
II - (revogado).

.....

§ 3º (revogado).

....." (NR)

"Art. 6º O Ministério do Trabalho e Emprego será responsável pelo monitoramento da movimentação do quadro de empregados da empresa que aderir ao PNPE, de modo a evitar a substituição de trabalhadores ativos por jovens dele participantes.

.....

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

§ 3º O monitoramento de que trata o caput deste artigo será efetuado com base nas informações do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED e levará em consideração a taxa de rotatividade do setor declarado pela empresa e a região em que ela se situa.

§ 4º A empresa que apresentar taxa de rotatividade em seu quadro de pessoal superior à taxa de rotatividade do setor, na respectiva região, terá cancelada sua adesão ao PNPE, não fazendo jus, a partir da data do cancelamento, à subvenção de que trata o art. 5º desta Lei.

§ 5º O Poder Executivo disporá, em regulamento, sobre os critérios a serem adotados para a aplicação do disposto no § 4º deste artigo." (NR)

"Art. 8º O empregador deverá manter à disposição da fiscalização do trabalho o comprovante de matrícula e os atestados de frequência mensais, emitidos pelo estabelecimento de ensino, relativamente a cada jovem contratado no âmbito do PNPE ou cópia do certificado de conclusão do ensino médio." (NR)

"Art. 9º É vedada a contratação, no âmbito do PNPE, de jovens que sejam parentes, ainda que por afinidade, até o 2º (segundo) grau, dos empregadores e sócios das empresas ou entidade contratante." (NR)

Art. 2º A Lei nº 10.748, de 22 de outubro de 2003, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

"Art. 2º-A Os contratos de trabalho celebrados no âmbito do PNPE poderão ser por tempo indeterminado ou determinado, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Parágrafo único. Os contratos de trabalho por tempo determinado deverão ter duração mínima de 12 (doze) meses."

"Art. 4º-A A inscrição do empregador no PNPE será efetuada:

- I - via internet;
- II - nas unidades dos Correios; ou
- III - em órgãos ou entidades conveniados.

§ 1º (VETADO)

§ 2º Mediante termo de adesão ao PNPE, poderá inscrever-se como empregador qualquer pessoa jurídica ou física a ela equiparada que firme compromisso de gerar novos empregos na forma dos arts. 5º ao 9º desta Lei e que comprove a regularidade do recolhimento de tributos e de contribuições devidas ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço -

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

FGTS, ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, à Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda e à Dívida Ativa da União."

Art. 3º Os §§ 2º e 3º do art. 3º-A da Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art.3º-A.....

§ 2º O auxílio financeiro poderá ser pago por órgão ou entidade pública ou instituição privada sem fins lucrativos previamente cadastrados no Ministério do Trabalho e Emprego, utilizando recursos da União, mediante convênio, ou com recursos próprios.

§ 3º É vedada a concessão do auxílio financeiro a que se refere este artigo ao voluntário que preste serviço a entidade pública ou instituição privada sem fins lucrativos, na qual trabalhe qualquer parente, ainda que por afinidade, até o 2º (segundo) grau.

....." (NR)

Art. 4º As empresas que já efetuaram a contratação de jovens vinculados ao PNPE poderão beneficiar-se dos novos valores, a partir da edição desta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Ficam revogados o inciso V do art. 2º, o parágrafo único do art. 4º, o § 3º do art. 5º e o § 2º do art. 7º da Lei nº 10.748, de 22 de outubro de 2003.

Brasília, 27 de agosto de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Ricardo José Ribeiro Berzoini

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI COMPLEMENTAR 101 DE 4 DE MAIO DE 2000

Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

CAPÍTULO IV
DA DESPESA PÚBLICA

Seção I
Da Geração da Despesa

Subseção I
Da Despesa Obrigatória de Caráter Continuado

Art. 17. Considera-se obrigatória de caráter continuado a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios.

§ 1º Os atos que criarem ou aumentarem despesa de que trata o caput deverão ser instruídos com a estimativa prevista no inciso I do art. 16 e demonstrar a origem dos recursos para seu custeio.

§ 2º Para efeito do atendimento do § 1º, o ato será acompanhado de comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo referido no § 1º do art. 4º, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa.

§ 3º Para efeito do § 2º, considera-se aumento permanente de receita o proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição.

§ 4º A comprovação referida no § 2º, apresentada pelo proponente, conterá as premissas e metodologia de cálculo utilizadas, sem prejuízo do exame de compatibilidade da despesa com as demais normas do plano plurianual e da lei de diretrizes orçamentárias.

§ 5º A despesa de que trata este artigo não será executada antes da implementação das medidas referidas no § 2º, as quais integrarão o instrumento que a criar ou aumentar.

§ 6º O disposto no § 1º não se aplica às despesas destinadas ao serviço da dívida nem ao reajustamento de remuneração de pessoal de que trata o inciso X do art. 37 da Constituição.

§ 7º Considera-se aumento de despesa a prorrogação daquela criada por prazo determinado.

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

Seção II
Das Despesas com Pessoal

Subseção I
Definições e Limites

Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

§ 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal".

§ 2º A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.

.....
.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 11.514, DE 13 DE AGOSTO DE 2007

Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2008 e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º São estabelecidas, em cumprimento ao disposto no art. 165, § 2º, da Constituição, e na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, as diretrizes orçamentárias da União para 2008, compreendendo:

- I - as prioridades e metas da Administração Pública Federal;
- II - a estrutura e organização dos orçamentos;
- III - as diretrizes para a elaboração e execução dos orçamentos da União e suas alterações;
- IV - as disposições relativas à dívida pública federal;
- V - as disposições relativas às despesas da União com pessoal e encargos sociais;
- VI - a política de aplicação dos recursos das agências financeiras oficiais de fomento;
- VII - as disposições sobre alterações na legislação tributária da União;
- VIII - as disposições sobre a fiscalização pelo Poder Legislativo e sobre as obras e serviços com indícios de irregularidades graves; e
- IX - as disposições gerais.

.....

.....

Anexo B

06/04/2022 15:34

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 17/09/2021 | Edição: 177 | Seção: 1 | Página: 51

Órgão: Ministério da Educação/Gabinete do Ministro

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021

Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO e o MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, c/c art. 200 da Constituição Federal, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, nos arts. 6º, 27, 28 e 30 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nos arts. 13 e 14 da Lei nº 11.129, de 20 de junho de 2005, e no art. 1º do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017, resolvem:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva.

§ 1º O disposto nesta Portaria abrange os egressos das seguintes áreas de formação na graduação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica.

§ 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

- I - cenários de práticas em serviço do País;
- II - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- III - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- IV - integração ensino-serviço, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários do SUS;
- V - integração dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- VI - articulação da Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- VII - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde no âmbito do SUS; e
- VIII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>

1/6

06/04/2022 15:34

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional

Seção I

Da composição

Art. 2º A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, vinculada ao Ministério da Educação - MEC, tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a Residência Médica.

Art. 3º A CNRMS será composta por:

I - três representantes do Ministério da Educação - MEC, sendo:

a) o Diretor da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior, que a presidirá;

b) o Coordenador-Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior, que exercerá as funções de Secretário Executivo da Comissão; e

c) o Coordenador-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior;

II - três representantes do Ministério da Saúde - MS, sendo:

a) o Diretor do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

b) o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e

c) o Coordenador-Geral de Gestão, Regulação e Provimento do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems;

V - um representante da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh;

VI - um representante da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes; e

VII - um representante da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - Andifes;

VIII - um representante da Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais - Abruem;

IX - um representante dos hospitais e institutos federais do Ministério da Saúde;

X - quatro representantes dos Conselhos Federais das profissões da saúde; e

XI - um representante dos residentes em área profissional de saúde.

§ 1º Para cada membro titular, terá um suplente que o substituirá em seus impedimentos.

§ 2º Os suplentes dos representantes previstos nos incisos I e II do caput serão os respectivos substitutos legais dos titulares dos cargos e serão substituídos automaticamente quando da nomeação de seus sucessores.

§ 3º Os membros titulares e respectivos suplentes de que trata os incisos III a VIII do caput serão formalmente indicados pela autoridade máxima do órgão ou das entidades que representam, para um mandato de dois anos, sem recondução.

§ 4º O membro titular e suplente de que trata o inciso IX do caput serão indicados pelo Secretário da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde - SAES/MS.

§ 5º Os membros titulares e suplentes referidos no inciso X do caput serão indicados pelas autoridades máximas dos respectivos Conselhos Federais das Profissões de Saúde, para mandatos de um ano, em regime de rodízio de representação dos Conselhos Federais, respeitando-se a data de criação do

Conselho, do mais antigo para o mais novo.

§ 6º O membro titular e suplente, de que trata o inciso XI do caput, serão indicados pela autoridade máxima da Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG, para mandato de um ano, sem recondução.

§ 7º Para os efeitos do inciso X do caput, serão considerados os Conselhos Federais referentes às categorias profissionais previstas no § 1º do art. 1º desta Portaria, legalmente instituídos, e os indicados deverão ser inscritos e ter a situação regular no quadro do respectivo Conselho.

§ 8º Os titulares e suplentes de que tratam os incisos III a XI do caput serão designados por ato do Secretário de Educação Superior do MEC.

Seção II

Das competências

Art. 4º Compete à CNRMS:

I - assessorar o MEC e o MS nos assuntos afetos à Residência Multiprofissional em Saúde e à Residência em Área Profissional da Saúde;

II - avaliar e supervisionar o funcionamento de programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde;

III - credenciar, recredenciar e descredenciar instituições para a oferta de programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, com base nos pareceres das Câmaras Técnicas;

IV - autorizar, reconhecer, renovar o reconhecimento e desativar programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, com base nos pareceres das Câmaras Técnicas;

V - aprovar as matrizes de competências dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde;

VI - exercer a supervisão das instituições e dos programas com a colaboração das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência - Codemus e das Câmaras Técnicas;

VII - elaborar e emitir diretrizes para organização e avaliação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde;

VIII - organizar e manter atualizados os dados das instituições e dos programas em sistema de informação que será mantido pela Coordenação Geral de Residências em Saúde/MEC, com dados enviados pelas Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência - Codemus e das Comissões de Residências Multiprofissionais e Uniprofissionais em Saúde - Coremus;

IX - aprovar os instrumentos de avaliação educacional para os atos de credenciamento, autorização e reconhecimento dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde;

X - emitir pareceres, notas técnicas e resoluções normativas relacionados aos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e da Residência em Área Profissional da Saúde;

XI - criar as Câmaras Técnicas; e

XII - elaborar seu regimento interno e os das Câmaras Técnicas e das Codemus.

Parágrafo único. Caberá à CNRMS, quando da desativação de programa de residência, promover a transferência dos residentes, de acordo com a regulamentação específica da matéria.

Seção III

Da organização

Art. 5º A CNRMS reunir-se-á, mensalmente, com quórum mínimo de dez membros.

§ 1º As reuniões serão, preferencialmente, realizadas por videoconferência.

§ 2º As deliberações da Comissão serão aprovadas por maioria de votos dos membros presentes na reunião, cabendo ao Presidente da CNRMS, quando necessário, o voto de desempate.

06/04/2022 15:34

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional

Art. 6º Das decisões proferidas pela Plenária da CNRMS, caberá recurso, no prazo de dez dias, a contar do primeiro dia útil subsequente à publicação da decisão da Plenária da CNRMS.

Parágrafo único. O recurso será dirigido à CNRMS, a qual, se não reconsiderar a decisão no prazo de cinco dias, de forma fundamentada, o encaminhará à Câmara Recursal para decisão final, como última instância administrativa.

Seção IV

Da Câmara Recursal

Art. 7º Institui-se a Câmara Recursal com objetivo de analisar e julgar os recursos interpostos contra as deliberações da CNRMS.

Parágrafo único. A decisão da Câmara Recursal será encaminhada ao Secretário da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação para homologação.

Art. 8º A Câmara Recursal será composta por um representante:

I - do MEC, indicado pela Secretaria de Educação Superior;

II - do MS, indicado pela Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde - SGTES; e

III - eleito pela CNRMS, dentre os candidatos indicados pelas entidades previstas nos incisos III a XI do art. 3º.

§ 1º Os representantes devem ter comprovada experiência nas áreas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde.

§ 2º Os membros integrantes da Câmara Recursal serão designados pelo Secretário de Educação Superior, para exercer mandato de dois anos, sem recondução, não coincidente com o mandato dos Conselheiros.

§ 3º Na primeira composição da Câmara Recursal, os integrantes serão designados para cumprir mandato de três anos, de forma a implementar sistema de mandatos não coincidentes.

§ 4º É vedada a participação dos membros da CNRMS e das Câmaras Técnicas na Câmara Recursal.

Seção V

Da Estrutura da CNRMS

Art. 9º Compõem a estrutura da CNRMS:

I - as Câmaras Técnicas; e

II - as Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência - Codemus, unidades descentralizadas da CNRMS nos estados e no Distrito Federal.

Art. 10. As Câmaras Técnicas serão criadas pela CNRMS e terão prazo indeterminado.

Art. 11. Às Câmaras Técnicas competem analisar e emitir pareceres em matérias e questões relativas:

I - às respectivas áreas profissionais no que se refere a credenciamento, autorização e reconhecimento de programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde;

II - à supervisão de instituições e programas; e

III - aos demais assuntos de pauta da CNRMS.

Art. 12. As Câmaras Técnicas serão as seguintes:

I - CT Interprofissional de Atenção Primária;

II - CT Interprofissional de Atenção Especializada;

III - CT em Serviço Social;

IV - CT em Biologia;

V - CT em Biomedicina;

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>

4/6

06/04/2022 15:34

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional

VI - CT em Educação Física;

VII - CT em Enfermagem;

VIII - CT em Farmácia;

IX - CT em Fisioterapia;

X - CT em Fonoaudiologia;

XI - CT em Veterinária;

XII - CT em Nutrição;

XIII - CT em Odontologia;

XIV - CT em Psicologia;

XV - CT em Terapia Ocupacional;

XVI - CT em Saúde Coletiva; e

XVII - CT em Física Médica.

§ 1º As Câmaras Técnicas constantes nos incisos I e II do caput deverão ser compostas por três profissionais das categorias dispostas no § 1º do art. 1º desta Portaria, escolhidos por votação da Plenária, para mandato de três anos, sem recondução.

§ 2º As Câmaras Técnicas constantes nos incisos III a XVII do caput deverão ser compostas por três profissionais das respectivas categorias, para mandato de três anos, sem recondução, indicados:

I - o primeiro pela autoridade máxima do respectivo Conselho Federal;

II - o segundo pelas Codemus; e

III - o terceiro por um representante dos hospitais e institutos federais do Ministério da Saúde, indicado pela SAES/MS, dentre os que ofertam programas de residência.

§ 3º As Câmaras Técnicas constantes nos incisos XVI e XVII do caput serão instaladas após a criação dos Conselhos Federais profissionais, respectivos.

§ 4º Todos os representantes nas Câmaras Técnicas deverão ter experiência ou notório saber na área da Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde.

§ 5º Cada membro das Câmaras Técnicas terá um suplente que o substituirá em seus impedimentos.

§ 6º O mandato dos representantes das Câmaras Técnicas será de três anos, sem recondução.

§ 7º Os membros titulares e os suplentes das Câmaras Técnicas serão designados por ato do Secretário de Educação Superior do MEC.

§ 8º Poderão ser convidados especialistas em áreas específicas para apoiar as atividades das Câmaras Técnicas, por período determinado e sem direito a voto.

Art. 13. As Câmaras Técnicas em Saúde Coletiva e Física Médica poderão ser criadas pela CNRMS, após o estabelecimento dos respectivos Conselhos Federais profissionais.

Parágrafo único. Enquanto não forem criadas as Câmaras Técnicas previstas no caput, serão competentes para analisar os programas de residência em Saúde Coletiva e Física Médica as Câmaras previstas nos incisos I e II do art. 12.

Seção VI

Do Presidente

Art. 14. Compete ao Presidente da CNRMS:

I - emitir os atos administrativos para efetivação das deliberações da Plenária;

II - proferir o voto de qualidade em casos de empate nas deliberações da Plenária;

III - homologar pareceres, notas técnicas e resoluções aprovadas pela CNRMS;

IV - representar institucionalmente à CNRMS; e

06/04/2022 15:34

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 7, DE 16 DE SETEMBRO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional

V - emitir atos necessários à organização interna da CNRMS e de suas instâncias, ad referendum da Plenária.

Seção VII

Do Secretário Executivo

Art. 15. Compete ao Secretário Executivo da CNRMS:

I - assessorar o Presidente da CNRMS;

II - preparar a pauta das reuniões da CNRMS encaminhando-a, após a anuência do Presidente, com pelo menos cinco dias de antecedência da Plenária para o conhecimento dos membros;

III - conduzir as reuniões, quando designado pelo Presidente da CNRMS;

IV - elaborar as atas das reuniões da Plenária, encaminhar para aprovação da Plenária e publicar, posteriormente, no endereço eletrônico do MEC;

V - encaminhar para publicação no Diário Oficial da União - DOU as resoluções aprovadas pela CNRMS, nos termos do regimento interno; e

VI - representar institucionalmente a CNRMS, na ausência do Presidente.

§ 1º As reuniões ordinárias serão convocadas em comunicação direta aos integrantes, por meio eletrônico e mediante ofício aos órgãos e às entidades, acompanhada da pauta, com antecedência mínima de cinco dias corridos.

§ 2º As reuniões extraordinárias serão convocadas em comunicação direta aos integrantes, por meio eletrônico e mediante ofício aos órgãos e às entidades, acompanhada da pauta, com antecedência mínima de 24 horas.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. Compete ao MEC, por intermédio da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, fornecer suporte técnico e logístico à CNRMS.

Art. 17. Os membros da CNRMS e os integrantes das instâncias auxiliares exercem função de relevante interesse público, sem remuneração.

§ 1º O Regimento Interno deverá ser aprovado pela Plenária da CNRMS até a terceira reunião ordinária da CNRMS.

§ 2º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação das disposições desta Portaria e do Regimento Interno serão dirimidos pela Presidência da CNRMS.

Art. 18. Institui-se o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, a ser normatizado por meio de editais específicos.

Parágrafo único. Esta Portaria não se aplica aos editais publicados sob a vigência da Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Art. 19. Revogam-se:

I - a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009;

II - a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320, de 11 de novembro de 2010; e

III - a Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014.

Art. 20. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MILTON RIBEIRO
Ministro de Estado da Educação

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

Anexo C

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012 Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25

Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, no uso de suas atribuições descritas na Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010;

Considerando a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 que institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, resolve:

Art. 1º Instituir as Diretrizes Gerais para a criação e operacionalização dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em âmbito nacional.

Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas, de forma a contemplar os eixos norteadores mencionados na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Art. 3º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

§1º O disposto no caput deste artigo abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

§2º As Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde a que se refere o caput deste artigo constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS.

Art.4º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde devem ser construídos em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS, devendo ser observada a delimitação de área(s) de concentração e suas diretrizes específicas, a serem normatizadas.

§1º Entende-se como área de concentração um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS.

§2º Cada área de concentração eleita pelos Programas de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde constituirá o objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais envolvidos no respectivo programa, devendo:

I. ser organizada segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS;

II. contemplar as prioridades loco-regionais de saúde, respeitadas as especificidades de formação das diferentes áreas profissionais da saúde envolvidas.

§3º A partir da homologação das áreas de concentração pela CNRMS, somente poderão ser cadastrados no Sistema da CNRMS os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde que estiverem em consonância com as respectivas áreas de concentração autorizadas.

§4º Entende-se como área temática um conjunto de áreas de concentração que inclui um núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática, e pelos quais a perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar pode ser desenvolvida por meio de estratégias de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem para a implementação dos programas, conforme normatizados pelas Câmaras Técnicas da CNRMS.

Art. 5º As instituições que oferecerem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico - PP dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente.

§1º O PP de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento.

§2º O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que:

I. para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;
II. quando o programa constituir-se por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;
III. as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por:

a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;

b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

IV. o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

V. o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.

Art. 6º A estrutura e funções envolvidas na implementação dos PP dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, serão constituídas pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU, coordenação de programa, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante - NDAE, docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes.

Art. 7º A função da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde.

Art. 8º Ao coordenador do programa compete:

- I. fazer cumprir as deliberações da COREMU;
- II.garantir a implementação do programa;
- III.coordenar o processo de auto-avaliação do programa;
- IV.coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;
- V.constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;
- VI.mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
- VII.promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
- VIII.fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS;
- IX.promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES;
- X.responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS.

Art. 9º O Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE é constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração, com as seguintes responsabilidades:

- I.acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação;
- II.assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários;
- III.promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS;
- IV.estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS.

Art. 10 Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP, devendo ainda:

- I.articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;
- II.apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora;
- III.promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência;
- IV.orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Art. 11 A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.

§1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.

§2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Art. 12 Ao tutor compete:

I. implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;

II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;

III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI. participar do processo de avaliação dos residentes;

VII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

V. orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Art.13 A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

§1º O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

§2º A supervisão de preceptor de mesma área profissional, mencionada no parágrafo 1º, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras.

Art. 14 Ao preceptor compete:

I. exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II. orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III. elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV. facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

- V. participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VI. identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;
- VIII. participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- IX. proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- X. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VI. orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

Art. 15 O profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente, e terá como atribuições:

- I. conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;
- II. empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
- III. ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas;
- IV. dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais;
- V. conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;
- VI. comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
- VII. articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;
- VIII. integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- IX. integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;
- X. buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;
- I. zelar pelo patrimônio institucional;
- XII. participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;
- XIII. manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;
- XIV. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.

Art. 16 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL

Presidente da Comissão
imprimi

Anexo D



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
COORDENAÇÃO GERAL DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Projeto Pedagógico
Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde
Processo de Autorização

Nome do programa

1221 - Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer

Dados da COREMU

CPF e Nome do Coordenador(a) da COREMU

49382977015 - SIOMARA REGINA HAHN

Email

[REDACTED]

Telefone

[REDACTED]

Formação / Titulação

[REDACTED]

Coletiva / 1991
Mestrado - Ciências Médicas / 2006
Mestrado - Ciências Médicas / 2006

Data Cadastro

Coordenador do Programa

CPF e Nome do Coordenador(a) do Programa

[REDACTED]

Email

[REDACTED]

Telefone

[REDACTED]

Formação / Titulação

Graduação - Fisioterapia / 2000
Mestrado - ENGENHARIA BIOMÉDICA / 2006

Dados Instituição Executora

CNPJ: [REDACTED]
Nome: HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO
Email:
Telefone:
Fax:
Endereço: TIRADENTES
Complemento:
Número: 295
Bairro: CENTRO
Cep: 99010260
Cidade: PASSO FUNDO
UF: RS

CNPJ [REDACTED]
Nome: PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO
Email:
Telefone:

Fax:
Endereço: DR. JOAO FREITAS
Complemento:
Número: 75
Bairro: CENTRO
Cep: 99010060
Cidade: PASSO FUNDO
UF: RS

Dados Instituição Formadora

Nome: UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
Sigla: UPF
Email:
Telefone: (54) 3316 8113
Fax: (54) 3311 1307
Endereço: Upf Campus Passo Fundo - Campus I
Complemento: BR 285 - KM 171
Bairro: São José
Campus: CAMPUS - PASSO FUNDO - SÃO JOSÉ
Cep: 99001970
Cidade: Passo Fundo
UF: RS

Dados Instituições Financiadoras

Financiadora: *MINISTERIO DA SAUDE*

Beneficiada: *FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO*

Item financiado	Valor
Bolsas residentes	2976.26

Cenários de Prática Conveniados

HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO*Não existem Cenários de Prática***PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO****Universidade de Passo Fundo**

Descrição	Tipo
Os alunos da residência serão estimulados a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Passo Fundo para dessa forma acompanhar as ações de controle social desenvolvidas e propostas na região em relação aos serviços vinculados ao SUS, para aprimorar sua capacidade crítico-reflexiva na busca de alternativas para os problemas do sistema público de saúde.	ensino e pesquisa

Hospital da Cidade

Descrição	Tipo
Unidades de internação clínicas e cirúrgicas, unidades de atendimento ambulatorial, serviço de oncologia (quimioterapia e radioterapia), UTI, serviço de farmácia, serviço de nutrição, serviço de fisioterapia, serviços de emergência, serviço de pesquisa clínica e serviço de apoio.	atenção

Hospital da Cidade

Descrição	Tipo
Serão desenvolvidas atividades de gestão nas unidades de internação e ambulatorial do hospital, fortalecendo as ações para a promoção da integração ensino-serviço.	gestão

Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo

Descrição	Tipo
Em unidades da Secretaria Municipal de Saúde, com ênfase a Estratégia de Saúde da Família. Outras unidades da SMS deverão ser cenários da prática, considerando a demanda para a integração ensino-serviço nesse programa proposto.	atenção

Secretaria municipal de Saúde de Passo Fundo

Descrição	Tipo
Os alunos da residência serão estimulados a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Passo Fundo para dessa forma acompanhar as ações de controle social desenvolvidas e propostas na região em relação aos serviços vinculados ao SUS, para aprimorar sua capacidade crítico-reflexiva na busca de alternativas para os problemas do sistema público de saúde.	controle social

Cenários de Prática Próprios*Universidade de Passo Fundo*

Descrição do Cenário de Prática	Tipo
Os alunos da residência serão estimulados a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Passo Fundo para dessa forma acompanhar as ações de controle social desenvolvidas e propostas na região em relação aos serviços vinculados ao SUS, para aprimorar sua capacidade crítico-reflexiva na busca de alternativas para os problemas do sistema público de saúde.	ensino e pesquisa

Secretaria Municipal de saúde de Passo Fundo

Descrição do Cenário de Prática	Tipo
Esse cenário da prática envolve as unidades de saúde da rede de atenção básica do município de Passo Fundo.	atenção

Hospital da Cidade (HC)

Descrição do Cenário de Prática**Tipo**

Unidades de internação clínica e cirúrgica do HC. Unidades de atendimento ambulatorial do HC. Reuniões das diversas comissões que os profissionais envolvidos nesse programa participam no hospital. Unidade de oncologia e radioterapia do HC.

atenção

Projeto Pedagógico**Área(s) de Temática, de Concentração e Profissional(is)**

VAGAS	
Área de Concentração: Atenção em Oncologia	
Área Temática: Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas	
Ano: 2014	
Profissão	Vagas Solicitadas
Enfermagem	4
Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	2
Fisioterapia	2
Psicologia	2

Justificativa

A Universidade de Passo Fundo (UPF), juntamente com o Hospital da Cidade (HC) e a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo (SMS/PF), propõem a criação do Programa de Residência Multiprofissional de atenção em oncologia, considerando a necessidade de fortalecer as ações voltadas a multidisciplinaridade dos cursos da área de saúde para atuar articuladamente na resolução de problemas oriundos do sistema saúde, contemplando as políticas públicas de integração ensino-serviço. Neste contexto os programas de residência multiprofissional em saúde, tem contribuído para a especialização profissional visando atender as demandas de saúde da população e as necessidades do SUS, formando um residente com conhecimentos técnico-científicos apropriados para atender as demandas de saúde do país. Dentro dessa perspectiva o envolvimento e o comprometimento dos trabalhadores com novas práticas de atenção à saúde, utilizando novas ferramentas e tecnologias, são fundamentais para a mudança de paradigma e fortalecimento do atual modelo, com vistas à implementar novas estratégias para ampliar as condições de saúde e qualidade de vida da população. Esse Programa será norteado pelos Princípios e Diretrizes do SUS e pelas Diretrizes Gerais para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde tendo como objetivo desenvolver nos profissionais capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional. A fundamentação do projeto político-pedagógico parte da evidência de que não existe apenas uma precária interação profissional nas equipes de trabalho, mas também há uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Esta construção pela integralidade da atenção nos vários níveis do sistema pressupõe não fragmentar o caráter da formação, ou seja, não reproduzir modos de capacitação focados, segundo níveis de atenção vistos isoladamente. São nesses aspectos que se encontram as justificativas dessa proposta que é de desenvolver uma modalidade de residência, pressupondo a articulação entre os diferentes atores e cenários como forma de assegurar a construção de caminhos para a conformação de uma rede de atenção à saúde, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Esta lógica de integração multiprofissional e intersetorial pressupõe uma nova forma de pensar-fazer que integre o cenário de intervenção hospitalar com os diferentes níveis de complexidade do sistema público de saúde, por meio da instituição de mecanismos ou processos de gestão e de atenção que possibilite a integração das ações, dos serviços e do sistema de saúde. Essa proposta pressupõe a formação de profissionais com competência e habilidades para se articularem e se organizarem em torno de uma visão ampliada do sistema de gestão e atenção em saúde. Sendo assim, a implantação desta modalidade de residência, por meio da parceria UPF/HC/SMS, é corroborada pela premente necessidade de oportunizar a integração das instituições de ensino e serviços de saúde, fazendo com que a proposta da formação e o caráter da atenção e gestão sejam concomitantemente reorientados, na perspectiva do fortalecimento do SUS e das Políticas Públicas de saúde vigentes no País. Partindo desta lógica, elege-se o Hospital da Cidade e a SMS/PF como cenários da residência buscando-se dessa forma a efetiva integração de ensino serviço-comunidade fundamentando nessa lógica a efetiva aproximação dos diversos níveis de atenção ao sistema de saúde e a atuação dos diferentes profissionais nos mesmos. Justifica-se também a solicitação em pauta pela inexistência de Programas de Residência Multiprofissional na Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, da qual a Universidade de Passo Fundo e o Hospital da Cidade são referência para ações de ensino-pesquisa-extensão e pela grande demanda de profissionais de saúde da região para realização deste tipo de programa de pós-graduação. Somado a isto, acredita-se que as instituições de ensino e de assistência à saúde com consolidadas trajetórias de projetos de ensino-assistência-extensão, possuem condições e devam contribuir com essa nova modalidade de pós-graduação, aderida à necessidade de construção de novos conhecimentos e tecnologias, via processos de formação/qualificação profissional, afinados às Políticas Públicas de Saúde. É importante destacar que a UPF tem investido em projetos e programas integrados de ensino-pesquisa-extensão-assistência como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Esses aspectos poderão contribuir para romper com a fragmentação da formação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, aprimorar atuação destes no sistema público de saúde. A área de concentração escolhidas nessa proposta do programa estão relacionadas a elevada demanda de atendimentos de saúde em oncologia e conforme dados epidemiológicos regionais e a necessidade de serem fortalecidas as ações em centros de referência de idosos e na atualização científica e tecnológica em câncer. Espera-se que, com a possibilidade de viabilizar uma parceria interministerial, consigamos criar e experimentar novas metodologias de ensino-serviço que impactem, efetivamente, nos padrões de formação profissional e de oferta de serviços ao sistema público de saúde.

Objetivos

Objetivo Geral

A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Oncológica da UPF/HC/SMS tem como objetivo geral, especializar profissionais das diferentes áreas para atuarem, mediante práticas interdisciplinares e multiprofissionais, que visem o cuidado integral à saúde das pessoas, com capacidade e habilidades de intervenção crítica na organização do processo de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Tem ainda como propósito que essa formação multiprofissional favoreça a articulação dos diversos níveis de atenção, além de fornecer subsídios para o

desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS, com especial destaque para a promoção da atenção integral. É uma modalidade de formação pós-graduada Lato Sensu organizando-se como formação multiprofissional em serviço, com duração de 24 meses e carga horária de 60 horas semanais. As atividades de formação são constituídas de 20% de atividades de formação teórica (campo e núcleo) e 80% de atividades de formação em serviço, recebendo orientação docente-assistencial de profissionais do HC, da SMS/PF e de docentes da UPF que desenvolvem as funções de orientação em serviço, preceptoria, tutoria e orientação de trabalhos de conclusão da residência, além de convidados externos para o desenvolvimento de temáticas específicas. A elaboração desse projeto de residência multiprofissional integrada em saúde da região pela equipe constituída de docentes da UPF, profissionais da saúde do HC e SMS/PF, colaboradores, busca apresentar um projeto que atenda as exigências e necessidades de saúde da população do município de Passo Fundo e também da região de abrangência do Hospital da Cidade, no que se refere à formação de profissionais críticos e reflexivos, comprometidos com o desenvolvimento de competências e que estejam aptos a lidarem com questões específicas a atenção à saúde do indivíduo, dentro de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, reconhecendo a importância de todos os profissionais envolvidos no trabalho em saúde.

Objetivos Específicos

-Buscar a qualificação do sistema de saúde por meio da atuação dos profissionais em trabalho de equipe multidisciplinar, fortalecendo o conhecimento científico e tecnológico de forma integrada; -Desenvolver ações que tenham como objetivo a interação do paciente oncológico, familiares e equipe de saúde construindo uma prática humanizada que busque a melhoria da qualidade de vida desses pacientes; -Desenvolver e implementar ações preventivas e de detecção precoce, que atendam as diretrizes da Política de Atenção Oncológica. -Desenvolver pesquisas e socializar o conhecimento na área oncológica, com ética e responsabilidade social, contribuindo dessa forma para a construção de um sistema de saúde de alta resolutividade; -Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos dos profissionais envolvidos no programa de atenção ao câncer de forma a consolidar um atendimento qualificado e atualizado nessa área. Diante disso, podemos citar que espera-se que o resultado da implantação da residência multiprofissional na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul implemente os seguintes aspectos: Impacto no sistema de saúde -Produção de novas tecnologias de ensino e atenção à saúde promovendo novas ações em saúde local e regional, através da mobilização de novas práticas de cuidado em saúde ampliando o acesso e a autonomia de cada cidadão; -Implementação de novos sistemas de cuidado e busca de mecanismos de comunicação e interação, promovendo o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar em saúde. Impacto no sistema de formação -Implementação de mudanças nas práticas vigentes no campo da formação e atenção à saúde, através de uma competência dialógica entre conhecimentos e metodologias que originem um novo saber; -Desenvolvimento de novas metodologias didático pedagógicas, mobilizando ações teóricas e práticas que possam contribuir para a resolutividade dos problemas de saúde dentro das políticas do SUS.

Articulação com políticas de saúde pactuação com o gestor de saúde

Para a formulação desse programa de residência multiprofissional integrada em saúde foram desenvolvidas diversas reuniões de discussão sobre os propósitos da mesma, seus benefícios à comunidade e para a formação dos residentes. As instâncias que estão envolvidas na formulação do projeto, envolveram seus representantes de forma articulada para que a proposta pudesse ser amplamente pensada em seus aspectos pedagógicos e operacionais. Cabe ressaltar que a pactuação entre as instituições envolvidas foi fundamentada na perspectiva positiva de impacto para a integração ensino serviço-comunidade que a residência propõe-se a construir. Além disso, essa pactuação deverá fortalecer as ações, projetos, pesquisas, diagnósticos, educação continuada, que existem em parceria entre as três instituições envolvidas nesse programa. Entende-se que assim será fortalecida a forma de pensar e construir ações integradas nas áreas de concentração escolhidas entre as equipes, os serviços e as redes de atenção do SUS.

Parcerias

As parcerias para a implantação desse programa de residência foram sendo construídas ao decorrer da estruturação dessa proposta. Para tal, foi apresentada a CIES (Comissão de Integração Ensino Serviço) da macrorregião 6ª Coordenadoria Regional da Saúde, que é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, para que pudesse se manifestar quanto a implantação de um programa de residência multiprofissional integrada em saúde na região, obtendo parecer favorável para sua implementação da mesma forma, o Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo, emitiu parecer favorável a implantação dessa modalidade de residência multiprofissional integrada em saúde conforme propusemos.

Diretrizes Pedagógicas

As diretrizes pedagógicas desse programa de residência buscam fortalecer a formação de um profissional voltado a resolução de problemas de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde. Para que esse exercício prático possa ocorrer, a carga horária do programa foi planejada de forma a contemplar 80% das atividades do residente em atividades teórico-práticas. Busca-se assim, formar um profissional com capacidade de refletir sobre o processo de saúde fortalecendo dessa forma a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Considerando os modelos de gestão e atenção à saúde praticados no país por décadas cuja formação estava fundamentada na doença com ênfase no cuidado curativo, as diretrizes pedagógicas do programa de residência integrada multiprofissional em saúde buscam reorientar essa prática profissional, implementando uma visão crítico educativa que contemple os princípios e as diretrizes do SUS. Além disso, nosso programa de residência integrada em saúde está pautado nas diretrizes do departamento de gestão da educação na saúde da secretaria de gestão do trabalho, da educação na saúde do ministério da educação e da CNRMS e nas necessidades de saúde da população e propõe-se a formar profissionais de saúde com capacidade de enfrentar situações de saúde em equipes matriciais de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Nessa perspectiva, propõe-se a fortalecer as capacidades e o desenvolvimento do aprendizado interpessoal dos diferentes atores envolvidos no processo. Dessa forma, acreditamos na formação qualificada para atender o cidadão, com integração ensino-serviço-comunidade, aliado aos programas do MS existentes na região, trabalhando em um processo interligado de cuidado progressivo à saúde. Tais diretrizes estão baseadas no ensino centrado no sujeito da aprendizagem, na concepção de que a pessoa constrói o seu conhecimento de forma proativa, na busca de nova informação e/ou novas

formas de pensar a partir de suas bases de conhecimento. Apoiam-se em uma atividade reflexiva que enfatiza a construção do conhecimento, ao invés da transmissão e que leva o residente não apenas a questionar o contexto em que está inserido, mas propor alternativas de intervenção. Para tanto, considera-se que a aprendizagem acontece por meio da integração teórico-prática, sendo que os residentes são protagonistas neste processo, cabendo-lhes a descoberta, a participação, a autonomia e a iniciativa na formação de suas competências. Isto significa que o conhecimento deve ser individual e coletivamente construído, a fim de ser utilizado com competência e criatividade, favorecendo a tomada de decisão. Logo, acredita-se na possibilidade da formação profissional que entenda a saúde, partindo de uma concepção ampliada e como um direito de cidadania. Mais especificamente, as diretrizes pedagógicas deste programa de pós-graduação pressupõem adoção de estratégias metodológicas que transcendem a sala de aula, justificando a grande maioria da carga horária destinada às atividades teórico-práticas (80%). A estrutura curricular prevê duração de dois anos em regime de dedicação integral, sendo a carga horária anual em tomo de 2880 horas com um período de 30 dias de férias (descanso) por ano. A média anual da carga horária semanal será de 60 horas, distribuída da seguinte maneira: 48 horas de atividades de formação em serviço (práticas), 12 horas de atividades de reflexão teórica e teórico-prática. As atividades teóricas serão de responsabilidade de professores dos respectivos cursos da UPF que oferecem vagas para o programa de residência multiprofissional integrada em saúde, e as atividades teórico-práticas ficarão a cargo dos tutores e preceptores (profissionais ligados ao campo de estágio). Poderão ser inseridos no programa, profissionais convidados a realizar palestras, atualizações que enriqueçam o aprendizado dos residentes e o trabalho inter e multidisciplinar. A dinâmica didático-metodológica de operacionalização destas ênfases se dará a partir de disciplinas transversais (Núcleo comum) que perpassam as duas ênfases e de disciplinas específicas, que atenderão as particularidades da ênfase, além das atividades desenvolvidas em serviço. Buscamos com esse programa fortalecer as linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde em consonância com o preconizado pelo conceito de clínica ampliada de saúde, onde procura-se evitar uma abordagem que privilegie excessivamente um conhecimento específico. Com isso, entendemos que iremos aproximar os atores da linha de atendimento integral à saúde do cidadão, fortalecendo a formação de profissionais capacitados ao exercício efetivo do trabalho em equipe. A estrutura, funções, implementação e acompanhamento didático-pedagógico desse programa ocorrerá em conformidade com a Resolução do MEC/SEU/CNRMS nº02 de 13 de abril de 2012, sendo as competências de cada um dos atores envolvidos no programa (COREMU e seu coordenador, coordenador de programa, Núcleo Docente assistencial Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e profissionais de saúde) claramente definidas no organograma funcional do programa de residência multiprofissional integrada em saúde da UPF.

Processo seletivo

O processo seletivo dos candidatos à Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer da UPF/HC/SMS seguirá o seguinte encaminhamento: 1-A inscrição dos candidatos será realizada por profissão e por ênfase. 2-O processo seletivo constará de três etapas: Primeira etapa: Prova teórico-objetiva – peso 6,0 (seis) A Prova Teórico-Objetiva inclui uma parte específica por área profissional e uma parte geral sobre as Políticas Públicas em Saúde e modelos assistenciais em saúde, comum para todas as profissões. A prova inclui 40 questões, de igual peso (0,25), sendo 20 questões da parte específica da área profissional e 20 questões da parte geral, todas sob a forma de questões objetivas. A prova teórico-objetiva terá caráter eliminatório e classificatório. As questões da prova teórico-objetiva serão de múltipla escolha, com cinco alternativas (A, B, C, D e E) e uma única resposta correta. A aprovação na prova teórico-objetiva será pré-requisito para prosseguimento do candidato para a segunda etapa. A classificação dos candidatos inscritos e aprovados por área profissional e área de concentração, na primeira etapa, conforme opção feita pelos mesmos no momento da inscrição, obedecerá o seguinte critério: Em caso de empate na classificação dos candidatos, serão observados, sucessivamente, os seguintes critérios: 1-maior pontuação na prova de

Conhecimentos Específicos; 2-maior pontuação na prova de Políticas Públicas; 3-maior idade; 4-sorteio. Segunda etapa: Análise de Currículo Lates peso 2,0(dois) 1-Participarão desta etapa somente os candidatos que tenham atingido a classificação prevista na prova teórico-objetiva, realizados os desempates, com observância ao quadro de vagas. O Currículo Lates –pré-profissional e profissional até dois anos de formação- peso 2,0(dois) de caráter classificatório a partir do detalhamento dos critérios apresentados no edital. Terceira Etapa – Defesa do Memorial Descritivo peso 2,0 (dois)- de caráter classificatório a partir do detalhamento dos critérios apresentados no edital. A nota final do candidato será a soma da pontuação dos resultados das provas, de acordo com os pesos especificados: 1ª. Etapa: Prova teórico-objetiva 6,0,2ª. Etapa: Análise do Currículo lates 2,0 ,3ª Etapa :Defesa do memorial descritivo 2,0.Total:10,0

Avaliação discente

A Metodologia a ser adotada na avaliação dos residentes nesse programa de residência multiprofissional integrada em saúde, busca fortalecer o residente quanto ao aprendizado desenvolvido no processo educacional proposto. Esse processo deve promover a transformação da realidade por meio de propostas fundamentadas em argumentos científicos. Deve então, ser uma avaliação contínua, que integre os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem(residentes, preceptores, tutores e docentes) de forma abrangente, sistemática e contínua. Com essa perspectiva, a avaliação será realizada mediante a observação do desempenho do residente nas atividades práticas nos diversos cenários e nas atividades teóricas. Aspectos qualitativos e quantitativos referentes aos conteúdos e experiências teórico-práticas proporcionadas pelo programa de residência e ao processo pedagógico serão sistematicamente avaliados. As habilidades psico-afetivas desenvolvidas com os usuários, as habilidades de relacionamento inter e transdisciplinares e as técnicas específicas adquiridas conforme a área profissional serão computadas no processo de avaliação do aluno. Aspectos relacionados a assiduidade, pontualidade, motivação ao aprendizado, interesse e iniciativa na resolução de problemas , além da observação pelos residentes da adequada conduta ética, serão instrumentos utilizados para a avaliação qualitativa e quantitativa. Avaliação discente: Quanto as avaliações teóricas: Além das avaliações da prática, também ocorrerão avaliações específicas, por módulos de ensino, sendo essas de forma articulada com as práticas vivenciadas pelos alunos e os conteúdos teóricos desenvolvidos no programa. O aluno que interromper o programa sem amparo legal receberá apenas uma declaração relativa às disciplinas cursadas com a respectiva carga horária. Quanto a frequência: - A frequência presencial mínima exigida nas atividades teóricas é de 75% e nas atividades práticas (capacitação em serviço) é de 100% da programação desenvolvida, devendo haver reposição das faltas na forma de plantões, conforme definido pelo colegiado do programa. Ao final do primeiro ano da residência o residente deverá ter obtido no mínimo 70 pontos nas avaliações das atividades teóricas e atividades práticas e frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e 100% nas atividades práticas. O residente será considerado aprovado ao final de cada ano do programa se obtiver nota igual ou superior a 70 pontos em todas as atividades do curso. O residente que for aprovado ao final de cada ano, progredirá automaticamente aos níveis imediatamente superiores(R1- 2).Caso seja reprovado, o residente poderá, por uma única vez, repetir o ano. Em caso de mais de uma reprovação o residente deverá ser excluído do programa .Ao fim da residência o aluno que tiver obtido aprovação em todos os módulos (teóricos, práticos e TCC) receberá do Programa seu certificado de conclusão. Os critérios e técnicas de avaliação deverão ser pensados e aplicados contemplando o processo de ensino aprendizagem considerando as competências, habilidades, conhecimentos e atitudes desejadas na formação do residente do programa. A cada atividade teórica (que inclui estudo de casos, provas, portfólios, etc..) serão atribuídos 100 pontos e, para ser aprovado, o residente deverá ter nota igual ou superior a 70 pontos. Para o aluno que não alcançar a média mínima prevista de 70 na atividade teórica de cada módulo, poderá haver recuperação em processo, focada nas dificuldades apresentadas para que o mesmo e possa dar continuidade a residência. Caberá ao responsável pelo conteúdo, em conjunto com os demais envolvidos (tutores, supervisores) analisar a possibilidade de recuperação e propor formas de concretização da mesma, submetendo-a ao colegiado da residência. Para ser

aprovado nas atividades práticas, o residente deverá obter a nota mínima de 70 pontos em 100. Esta avaliação se dará mensalmente ou ao final das atividades em cada local de prática, de acordo com os critérios descritos em formulário próprio e por meio da avaliação do plano terapêutico integrado cuja elaboração deverá estar fundamentada em uma proposta de melhoria do serviço de atendimento ao usuário do sistema público de saúde. O processo de avaliação prática do residente será realizado pelos preceptores com participação dos tutores e dos próprios residentes que deverão fazer sua auto-avaliação. Todos os residentes obrigatoriamente deverão elaborar trabalho de conclusão de curso (TCC) na forma de artigo científico, sob orientação docente e encaminhar o seu trabalho para publicação em periódico indexado apresentando o protocolo de recebimento, até a data de defesa do TCC. Para obtenção do certificado de conclusão da residência o residente deverá satisfazer as seguintes exigências: a) Ter obtido conceito mínimo de 70 pontos nas avaliações teóricas e atividades práticas e frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e 100% nas práticas no final do segundo ano do programa de residência. b) Obter conceito mínimo de 70 pontos na avaliação do TCC; c) Apresentar documento de submissão do artigo científico para revista indexada (ou equivalente) com Qualis. A matrícula no segundo ano está condicionada à aprovação no ano anterior. Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser de conhecimento do residente.

Auto-avaliação do programa

Avaliação interna das condições de oferta do curso (Autoavaliação) A finalidade desse processo é desencadear a reflexão dos atores envolvidos quanto as ações individuais e coletivas apresentadas no decorrer das atividades do curso, estabelecendo assim uma avaliação diagnóstica. O processo de avaliação será sistemático e contínuo, envolvendo todos os segmentos do Curso – discentes, docentes, preceptores, supervisores, comunidade e as instituições que compõem os campos de práticas. Para tanto serão utilizados como indicadores instrumentos, técnicas e métodos de avaliação de cunho qualitativos e quantitativo, tais como a análise documental do curso, questionários estruturados e semi-estruturados, seminários, grupos focais, entre outros. Tal processo será conduzido por uma Comissão Própria de Avaliação (CPA), estruturada no colegiado do curso. O resultado das avaliações será anualmente divulgado em seminário de avaliação com a participação da comunidade envolvida. Com essa prática, entende-se que as fragilidades e potencialidades do curso, possam ser externadas e discutidas pelos envolvidos no processo, para desta forma serem elencadas ações que possam fortalecer a qualificação dos envolvidos e a efetiva interação ensino-serviço proposta nesse programa. Os resultados dessas avaliações deverão ser sistematicamente tabulados e formalizados pela CPA para que possam existir registros documentados do processo de autoavaliação do programa. Considerando a natureza e a complexidade de uma residência multidisciplinar integrada, propõe-se também como prática de autoavaliação do programa que durante o processo de formação e integração de preceptores, docentes, tutores e residentes(que deverá ser realizado sistematicamente por meio de painéis, seminários e fóruns de acordo com as necessidades demandadas pelo ensino e serviços) sejam computadas as fragilidades e as potencialidades do mesmo.

Infra-estrutura

Instalações

O programa de residência multiprofissional de atenção oncológica da UPF/HC/SMS, terá a sua disposição as instalações físicas da universidade de Passo Fundo, Campus I, II e III e ambulatório de especialidades, onde estão as salas de aula, bibliotecas e serviços de apoio pedagógico para o programa. No HC, cenário da prática dos residentes, as

unidades de internação gerais e mais especificamente as que se destinam a área de concentração (serviço de quimioterapia, radioterapia, serviço de farmácia, serviço de enfermagem, serviço de fisioterapia e serviço de psicologia) estarão aptas a receber os residentes para o desenvolvimento de suas atividades, além de ter à disposição salas de aula e biblioteca. Mantém como unidade de ensino em parceria com a UPF o ambulatório que encontra-se situado no andar térreo do hospital e possui uma área física de possui 23 mil metros quadrados distribuídos em blocos, com 204 leitos para internação atendendo a recuperação pós-anestésica, hemodinâmica, berçário, pré-parto e observação, 13 leitos de UTI, 20 leitos de emergência, 18 consultórios ambulatoriais, 11 salas de cirurgia e 18 pontos de hemodiálise. Entre os diversos serviços, destacam-se os que contemplam os profissionais envolvidos diretamente nesse programa de residência multiprofissional integrada em saúde.

Salas

O Hospital da Cidade possui uma unidade de ensino localizada em diversos locais do prédio. Essa unidade é composta por salas de ensino, climatizadas, equipadas com multimídia, que possibilita a realização de vídeo conferência. Ainda compõem a unidade de ensino, várias salas de aula, 02 anfiteatro e diversos laboratórios e uma biblioteca. O serviço de apoio administrativo, está situado no mesmo andar que as salas de aula, e oferece suporte para o desenvolvimento das atividades acadêmicas de graduação e latu senso.

Estudo

Os residentes terão à sua disposição para estudos as salas individuais e coletivas de estudos da Biblioteca Biomédica localizada no Campus II, além da Biblioteca do próprio Hospital da Cidade. Além dessa estrutura, as salas de aula do Campus II e da biblioteca poderão ser utilizadas para o desenvolvimento de atividades de estudos, discussão de casos clínicos, realização de seminários, palestras, fóruns, avaliações. Estará à disposição do programa de residência multiprofissional integrada em saúde do idoso e atenção ao câncer, laboratórios de atividades práticas dos cursos envolvidos no programa sendo que estes estão localizados tanto nas instalações do HC como da UPF.

Equipamentos

O Hospital da cidade possui diversos equipamentos de informática distribuídos em todo o hospital. Além disso, os residentes poderão utilizar os laboratórios de informática da UPF: o Laboratório Central de Informática (LCI) funciona junto ao Instituto de Ciências Exatas e Geociências (ICEG), Prédio B5, na Universidade de Passo Fundo (UPF) e é administrado pela Divisão de Tecnologia da Informação (DTI). Suas instalações compreendem 1.476,24m² de área física que são constituídas por 17 laboratórios; desses, 14 são utilizados para aula; 2 são exclusivos para utilização em pesquisas/estudos e 1 para utilização do Curso de Computação e demais cursos da área de informática. Totalizando assim 560 microcomputadores. A menor sala possui 18 computadores e a maior 56. Possui 10 servidores para disponibilizar e gerenciar serviços de boot-remoto, internet, impressão, arquivos, e-mails e monitoramento das câmeras (CFTV). Na recepção do LCI há 2 impressoras laser de grande porte, Ricoh ofício AP900 (90ppm) e Ricoh ofício SP9100DN (90ppm), conectadas ao servidor de impressão para atender às impressões dos usuários. No corredor do laboratório há 3 computadores para acesso rápido à internet e também para impressão. Todas as salas são

climatizadas e possuem projetores multimídia. Os computadores são atualizados constantemente, conforme há necessidade. Todos os equipamentos estão interligados através de uma rede com servidores Linux, acesso à Internet, e o principal sistema operacional utilizado nas estações de trabalho é o Windows 7. Todos os computadores existentes no LCI, disponíveis aos alunos e professores, possuem conexão à Internet. O prédio conta também com cobertura wireless (Internet sem fio) de livre acesso. Os softwares instalados para cada disciplina são indicados pelos professores, sendo a partir daí gerada uma imagem a ser utilizada durante as aulas. A manutenção de hardware é realizada na própria Universidade pela DTI, através da Seção de Infraestrutura e Suporte. No campus II, os residentes poderão utilizar da estrutura do LCI Biomédico que está interligado ao LCI central.

Biblioteca e Periódicos

O hospital da cidade possui um biblioteca bem localizada e de fácil acesso a todos os residentes, com bibliografia atuais. Além disso, os residentes poderão utilizar a rede de bibliotecas da UPF que é constituída por 8 bibliotecas, sendo uma central (localizada no Campus I, BR 285), 6 distribuídas nas cidades onde a UPF possui campus e a biblioteca biomédica, que conta com acervo adequado para as atividades de ensino, pesquisa e extensão, possui diversos ambientes, tais como: instalações para o acervo de livros, instalações para o setor de multimeios; ambiente reservado para estudo individual; ambiente para estudo em grupo, ambiente com 7 computador para acesso à internet. Seu acervo é composto por livros, periódicos, folhetos, teses e dissertações, fitas de vídeo, fitas cassete e CD-ROM. Possui além de outras, a base de dados MICROMEDEX, que permite a busca de informações sobre medicamentos, suas interações, usos, dosagens, compatibilidades, que são amplamente utilizados, principalmente pelos cursos da área da saúde descritos nesse projeto de residência. Além disso, possui o Centro de Documentação do Livro Didático e a Biblioteca da UPF idiomas. Salienta-se ainda que todos os procedimentos da Rede de Bibliotecas são gerenciados pelo Sistema Pergamum. Esses processos englobam: catalogação de livros, periódicos e multimeios, utilizando o formato MARC 21, que permite intercâmbio de informações entre bibliotecas dentro e fora país; aquisição; reserva e renovações (através da homepage www.upf.br/biblioteca ou através dos terminais da biblioteca), empréstimos e devolução de materiais; pesquisa e recuperação do acervo e emissão de relatórios. A Biblioteca Biomédica possui um infraestrutura moderna e ambiente adequados para as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Com uma área física total de 299,17m² possui diversos ambientes, tais como: instalações para o acervo de livros numa área de 173,92m²; instalações para o setor de multimeios numa área de 31,12m²; ambiente reservado para estudo individual numa área de 78,65m²; ambiente para estudo em grupo numa área de 39,81m²; ambiente com 7 computador para acesso à internet. Atualmente dispõe de 358 títulos de periódicos disponíveis e aproximadamente 4800 títulos de livros. Possui diversos periódicos online específicos para a área da saúde, contemplando de forma adequada a necessidade de consulta a evidências científicas disponíveis na literatura da saúde.

Corpo Docente-Assistencial

Núcleo Docente-Assistencial Estruturante

Docente	CPF	Formação / Titulação
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2006

		Graduação - Fisioterapia / 2000
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Fisioterapia / 2001
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2002 Graduação - Farmácia / 1989
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2000 Graduação - Enfermagem / 1989

Preceptores

Preceptor	CPF	Formação / Titulação	Área Profissão	Carga Horária Semanal
		Especialização - Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade / Saúde Coletiva / 2003 Graduação - Psicologia / 1986	Psicologia	40
		Especialização - Saúde Mental / 2012 Graduação - Psicologia / 2010	Psicologia	40
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2006 Graduação - Psicologia / 2002	Psicologia	8
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2014 Graduação - Psicologia / 2007	Psicologia	40
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2011 Graduação - Fisioterapia / 2009	Fisioterapia	40
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2008 Graduação - Fisioterapia / 2004	Fisioterapia	40
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Fisioterapia / 2006	Fisioterapia	40
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas /	Fisioterapia	40

		2012 Graduação - Fisioterapia / 2010		
		Especialização - Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade / Saúde Coletiva / 2002 Graduação - Fisioterapia / 2002	Fisioterapia	8
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Fisioterapia / 2009	Enfermagem	8
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2006 Graduação - Enfermagem / 2004	Enfermagem	40
		Especialização em Formato de Residência - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2007 Graduação - Enfermagem / 2004	Enfermagem	40
		Especialização - Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade / Saúde Coletiva / 2012 Graduação - Enfermagem / 2008	Enfermagem	8
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2011 Graduação - Enfermagem / 1989	Enfermagem	40
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2011 Graduação - Farmácia / 2004	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	40
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2011 Graduação - Farmácia / 2002	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	8
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2012 Graduação - Farmácia / 2004	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	40
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	40

		Cirúrgicas / 2012 Graduação - Farmácia / 2005		
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2012 Graduação - Farmácia / 2009	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	8
		Especialização - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2012 Graduação - Farmácia / 1997	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	40

Tutores

Tutor	CPF	Formação / Titulação	Área Profissão	Carga Horária Semanal
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2007 Graduação - Enfermagem / 1985	Enfermagem	2
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Enfermagem / 1986	Enfermagem	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2000 Graduação - Enfermagem / 1989	Enfermagem	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2000 Graduação - Enfermagem / 1982	Enfermagem	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2002 Graduação - Fisioterapia / 1996	Fisioterapia	2
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Fisioterapia / 2001	Fisioterapia	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Fisioterapia / 2002	Fisioterapia	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades	Fisioterapia	2

		Cirúrgicas / 2010 Graduação - Fisioterapia / 2001		
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2012 Graduação - Farmácia / 1988	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	2
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Farmácia / 1997	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2002 Graduação - Farmácia / 1989	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	4
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2001 Graduação - Psicologia / 1983	Psicologia	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2001 Graduação - Psicologia / 1987	Psicologia	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 1999 Graduação - Psicologia / 1986	Psicologia	2
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Psicologia / 1983	Psicologia	2

Docentes

Eixo Transversal do Programa

Eixo Transversal da Área de Concentração

Eixo Específico de Área Profissional

Docente	CPF	Formação / Titulação	Área de Profissional	Carga Horária Semanal
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2007 Graduação - Enfermagem / 1985	Enfermagem	4
		Doutorado - Apoio	Enfermagem	4

	Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Enfermagem / 1986		
	Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2002 Graduação - Enfermagem / 1986	Enfermagem	2
	Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2000 Graduação - Enfermagem / 1989	Enfermagem	2
	Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2000 Graduação - Enfermagem / 1982	Enfermagem	2
	Doutorado - Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade / Saúde Coletiva / 2004 Graduação - Enfermagem / 1981	Enfermagem	2
	Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2001 Graduação - Psicologia / 1983	Psicologia	8
	Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2001 Graduação - Psicologia / 1987	Psicologia	8
	Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades	Psicologia	8

		Cirúrgicas / 1999 Graduação - Psicologia / 1986		
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Psicologia / 1983	Psicologia	8
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2002 Graduação - Fisioterapia / 1996	Fisioterapia	4
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Fisioterapia / 2001	Fisioterapia	4
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Fisioterapia / 2002	Fisioterapia	4
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2006 Graduação - Fisioterapia / 2000	Fisioterapia	2
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2010 Graduação - Fisioterapia / 2001	Fisioterapia	4
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2012 Graduação - Farmácia / 1988	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	4

		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 1999 Especialização - Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade / Saúde Coletiva / 2009 Graduação - Farmácia / 1996	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	4
		Doutorado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2009 Graduação - Farmácia / 1997	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	4
		Mestrado - Apoio Diagnóstico e Terapêutico / Especialidades Clínicas / Especialidades Cirúrgicas / 2002 Graduação - Farmácia / 1989	Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	8

Matriz Curricular

1 Semestre

Eixo Transversal do Programa

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Ferramentas de auxílio na busca de informações científicas	Teórica ou teórica-prática	15
Seminário inicial de integração	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio unidade básica de saúde I	Prática	115
Gestão, Políticas e Modelos de Atenção à Saúde I	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio Hospitalar I	Prática	260
Processo Saúde Doença, plano Terapêutico único e clínica ampliada	Teórica ou teórica-prática	45

Eixo Transversal da Área de Concentração

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio Atenção Básica I – Oncologia	Prática	115

Aspectos epidemiológicos do câncer	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio em unidade hospitalar I -Oncologia	Prática	260
Bases fisiopatológicas do câncer I	Teórica ou teórica-prática	45
Políticas públicas de saúde voltadas a atenção ao câncer I	Teórica ou teórica-prática	30

Eixo Específico de Área Profissional

Fisioterapia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio atenção básica fisioterapia em oncologia	Prática	116
Estágio em fisioterapia hospitalar - oncologia	Prática	286
Atenção fisioterapêutica no paciente oncológico I	Teórica ou teórica-prática	60
Seminários em fisioterapia oncológica I	Teórica ou teórica-prática	27

Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio Atenção Básica I - Oncologia	Prática	116
Estágio hospital I – Oncologia	Prática	286
Farmacoterapia em pacientes oncológicos: Tópicos especiais em medicamentos I	Teórica ou teórica-prática	30
Seguimento Farmacoterapêutico e monitorização farmacocinética de pacientes oncológicos :cuidados farmacêuticos na média e alta complexidade I	Teórica ou teórica-prática	30
Seguimento Farmacoterapêutico de pacientes oncológicos: cuidados farmacêuticos na atenção primária I	Teórica ou teórica-prática	30

Psicologia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
A psicologia e as políticas públicas	Teórica ou teórica-prática	42
Trauma e Adoecimento	Teórica ou teórica-prática	45
estágio Hospitalar I - Psicologia	Prática	286
Intervenções ao Adoecimento na Infância	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio em unidade básica de saúde I - Psicologia	Prática	116

Enfermagem

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio hospitalar oncológico	Prática	286
Manejo dos sintomas das pessoas com câncer	Teórica ou teórica-prática	60
Estágio atenção básica oncológica	Prática	116
Sistematização da assistência em enfermagem oncológica	Teórica ou teórica-prática	60

2 Semestre

Eixo Transversal do Programa

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Bioética e ética Profissional	Teórica ou teórica-prática	30
Plano Terapêutico Integrado	Teórica ou teórica-prática	15
Epidemiologia e Vigilância em Saúde Coletiva I	Teórica ou teórica-prática	15
Processo educativo em saúde I	Teórica ou teórica-prática	30
Metodologia de ensino e pesquisa	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio Hospitalar II	Prática	260
Estágio unidade básica saúde II	Prática	115

Eixo Transversal da Área de Concentração

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Abordagem interdisciplinar no atendimento ao paciente oncológico I	Teórica ou teórica-prática	30
Bases do tratamento oncológico I	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio Atenção Básica II – Oncologia	Prática	115
Estágio em Unidade Hospitalar II - Oncologia	Prática	260
Ações de promoção e prevenção do câncer I	Teórica ou teórica-prática	30
Diagnóstico por imagens e marcadores bioquímicos em oncologia	Teórica ou teórica-prática	15

Eixo Específico de Área Profissional**Psicologia**

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Atenção a Família no Adoecimento	Teórica ou teórica-prática	45
Estágio em unidade básica de saúde II - Psicologia	Prática	116
estágio Hospitalar II - Psicologia	Prática	286
Finitude e Terminalidade	Teórica ou teórica-prática	45

Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
O farmacêutico e a promoção e recuperação da saúde do paciente oncológico	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio em Farmácia Hospitalar II -Oncologia	Prática	286
Farmacovigilância em oncologia I	Teórica ou teórica-prática	15
Farmacoepidemiologia: Estudos de Utilização de Medicamentos em pacientes oncológicos I	Teórica ou teórica-prática	30
Farmacogenética	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio em atenção básica II - Oncologia	Prática	116

Enfermagem

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio hospitalar em Oncologia II	Prática	283
Atenção aos familiares de pacientes com câncer	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio atenção básica em Oncologia II	Prática	116
Tecnologias de cuidado em enfermagem em oncologia I	Teórica ou teórica-prática	60

Fisioterapia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio atenção básica em fisioterapia oncologia II	Prática	116
Atenção fisioterapêutica ao paciente Oncológico II	Teórica ou teórica-prática	60
Estágio fisioterapia hospitalar oncologia II	Prática	286

3 Semestre

Eixo Transversal do Programa

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Processo educativo em saúde II	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio em atenção básica III	Prática	115
Atenção integral às necessidades de saúde individual e coletiva	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio Hospitalar III	Prática	260
Epidemiologia e Vigilância em Saúde II	Teórica ou teórica-prática	15

Gestão, Políticas e Modelos de Atenção à saúde II	Teórica ou teórica-prática	30
---	----------------------------	----

Eixo Transversal da Área de Concentração

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Políticas públicas de saúde voltadas a atenção ao câncer II	Teórica ou teórica-prática	30
Bases fisiopatológicas do câncer II-	Teórica ou teórica-prática	45
Bases do tratamento oncológico II	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio Atenção Básica III – Oncologia	Prática	115
Estágio em Unidade Hospitalar III –oncológico	Prática	260

Eixo Específico de Área Profissional

Enfermagem

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Emergências oncológicas	Teórica ou teórica-prática	60
Estágio hospitalar oncológico III	Prática	286
Tecnologias de cuidado Enfermagem oncológica II	Teórica ou teórica-prática	60
Estágio atenção básica oncológica III	Prática	116

Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Seguimento Farmacoterapêutico e monitorização farmacocinética de pacientes oncológicos :cuidados farmacêuticos na média e alta complexidade II	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio em atenção básica III - Oncologia	Prática	116
Estágio em Farmácia Hospitalar III – Oncologia	Prática	286
Diluição e preparo de medicamentos em oncologia	Teórica ou teórica-prática	30
Farmacoterapia em pacientes oncológicos: tópicos especiais em medicamentos II	Teórica ou teórica-prática	30

Fisioterapia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio fisioterapia hospitalar III - oncologia	Prática	286
Atenção Fisioterapêutica Oncológica: da enfermagem ao ambulatório I	Teórica ou teórica-prática	90
Estágio atenção básica em fisioterapia III	Prática	116

- oncologia		
-------------	--	--

Psicologia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Vivências em UTI	Teórica ou teórica-prática	15
Gestão de Equipes Multidisciplinares em Saúde	Teórica ou teórica-prática	30
Reabilitação e Saúde	Teórica ou teórica-prática	15
Avaliação Psicológica na Doença e na Reabilitação	Teórica ou teórica-prática	30
estágio Hospitalar III - Psicologia	Prática	286
Estágio em unidade básica de saúde III - Psicologia	Prática	116

4 Semestre

Eixo Transversal do Programa

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio Hospitalar IV	Prática	260
Seminários preparatórios do TCC	Teórica ou teórica-prática	30
Seminários de vivências de campo e núcleo	Teórica ou teórica-prática	30
Plano Terapêutico Integrado II	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio em atenção básica de saúde IV	Prática	115
Trabalho de Conclusão de Curso	Teórica ou teórica-prática	15

Eixo Transversal da Área de Concentração

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio em Unidade Hospitalar IV – oncológico	Prática	260
Seminário de atualização em pesquisa clínica na oncologia	Teórica ou teórica-prática	45
Ações de promoção e prevenção do câncer II	Teórica ou teórica-prática	30
Seminários de controvérsias	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio Atenção Básica IV – Oncologia	Prática	115

Eixo Específico de Área Profissional

Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Seminários em farmácia oncológica	Teórica ou teórica-prática	30
Gestão do serviço de farmácia	Teórica ou teórica-prática	30

oncológica		
Biossegurança em tratamento oncológico	Teórica ou teórica-prática	30
Estágio em atenção básica IV - Oncologia	Prática	116
Estágio em Farmácia Hospitalar IV - Oncologia	Prática	283

Fisioterapia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio atenção básica fisioterapia IV - oncologia	Prática	116
Estágio fisioterapia hospitalar IV - oncologia	Prática	286
Atenção Fisioterapêutica Oncológica: da enfermagem ao ambulatório II	Teórica ou teórica-prática	60
Fisioterapia domiciliar	Teórica ou teórica-prática	30

Enfermagem

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
Estágio atenção básica oncológica IV	Prática	116
Seminário em atenção oncológica	Teórica ou teórica-prática	15
Estágio hospitalar oncológico IV	Prática	286

Psicologia

Atividade	Tipo Atividade	Carga Horária
estágio Hospitalar IV - Psicologia	Prática	286
Seminários de atualização em psicologia e intervenções psicossociais	Teórica ou teórica-prática	45
Estágio em unidade básica de saúde IV - Psicologia	Prática	116

Semana Padrão

Dia	Manhã	Tarde	Noite
Segunda:	Estágio na Unidade Hospitalar (HC)	Eixo Transversal do Programa (teórico-prático)	
Terça:	Estágio na Unidade de Atenção Básica	Eixo transversal da área de concentração do programa (Teórico-prático)	Plantão
Quarta:	Estágio na Unidade Hospitalar (HC)	Estágio na Unidade de Atenção Básica	
Quinta:	Estágio na Unidade de Atenção Básica	Estágio na Unidade Hospitalar (HC)	Plantão
Sexta:	Estágio na Unidade Hospitalar	Eixo específico da profissão (Teórico-prático)	

	(HC)		
Sábado:	Estágio na Unidade Hospitalar (HC)		
Domingo:			

Perfil do Egresso

Perfil Geral dos Egressos

Competências comuns a todos residentes (campo de saber-fazer interdisciplinar) Espera-se, que no processo de formação o profissional possa desenvolver competências para atuar de forma interdisciplinar/multiprofissional, nos cenários de sua atuação e no campo das ciências da saúde. Além disso, espera-se que possa ser capaz de desenvolver uma competência dialógica de que reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional. Esta explicitação permite um processo mais aberto de exploração das distintas concepções, interesses, valores e ideologias, que invariavelmente governam e determinam a intencionalidade dos processos educativos, porém nem sempre são discutidos de um modo mais participativo e democrático pela sociedade. Nesse sentido, a abordagem guarda relação com a compreensão interacionista da relação escola-sociedade na qual a escola é potencialmente capaz de influenciar a sociedade, sendo por ela constituída (Moglika, 2003). Entende-se que os profissionais formados pela residência multiprofissional estarão preparados a desempenhar suas funções através do conhecimento adquirido ao longo de seu processo de formação, demonstrando conhecimentos, habilidades e atitudes para atuarem nos vários cenários do sistema de saúde. E, que possam contribuir de forma efetiva para transformar as ações em saúde, impactando e desencadeando novas tecnologias/maneiras no cuidado à saúde das pessoas. Assim, este Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Oncologia (UPF/HC/SMS) tem foco principal na formação de profissionais que superem a visão paradigmática de pensar-fazer centrada apenas nos objetos de intervenção de cada profissão. Busca-se um profissional com perfil inovador, que seja capaz de ampliar o foco de ações/intervenções, nos determinantes biológicos, sociais e da saúde, favorecendo as condições de vida/saúde das comunidades com as quais se envolvem.

Perfil(is) Geral(is) dos Egressos da(s) Área(s) de Concentração

Atenção em Oncologia

Os residentes egressos na área de concentração atenção em oncologia, deverão ao final de sua formação nesse programa, estar capacitados a exercer a função de gestores da saúde na área oncológica, interligando os saberes para dessa forma identificarem os problemas de saúde e buscarem soluções para os mesmos. - Ser capaz de consolidar a atuação em equipe por meio de ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais fortalecendo dessa forma o desenvolvimento tecnológico e científico na perspectiva de construção de uma rede de cuidado na área oncológica. - Utilizar os conhecimentos e as práticas vivenciadas para a formulação de pesquisas que possam fortalecer a melhoria de qualidade de vida dos usuários do sistema que são acometidos com essa enfermidade.

Perfis Específicos dos Egressos das Áreas Profissionais

Atenção em Oncologia

Área Profissional	Descrição
Enfermagem	Ao término da residência Multiprofissional na área de concentração Atenção em oncologia o profissional enfermeiro deverá: - Desenvolver ações educativas nas abordagens individuais e coletivas. - Aplicar e disseminar as normas de biossegurança nos serviços de saúde. - Contextualizar e refletir, de forma interdisciplinar, acerca dos conflitos éticos e bioéticos enfrentados pela equipe multiprofissional e pelos usuários. - Praticar e divulgar as políticas de saúde com ênfase na Atenção Oncológica e na Política Nacional de Humanização. - Relacionar-se, de forma humanizada e ética, com a equipe, com os pacientes e com os cuidadores, com vistas à atenção integral. - Desenvolver práticas integradas, buscando a melhoria da assistência nas diversas modalidades de atenção, com vistas à promoção da qualidade de vida do paciente oncológico, da família e da rede de apoio social. - Desenvolver, participar e divulgar os projetos de intervenção, ensino e pesquisa em Enfermagem. - Aplicar os princípios de gestão em saúde, visando a otimizar o gerenciamento do cuidado de Enfermagem. - Estar atualizado sobre as tecnologias de saúde aplicadas no cuidado de Enfermagem em oncologia.
Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	Ao término da residência Multiprofissional na área de concentração Atenção em oncologia o profissional farmacêutico deverá: - estar apto a desenvolver atividades farmacêuticas voltadas ao atendimento do paciente oncológico; - atuar em equipes multidisciplinares na perspectiva interdisciplinar, com vistas à humanização da assistência, a integralidade da atenção, a melhoria dos indicadores qualitativos da saúde, a redução do tempo de internação hospitalar e em unidades de pronto atendimento; - participar da elaboração e discussão de protocolos clínicos na área oncológica, contribuindo com conhecimentos específicos da profissão farmacêutica; - em conjunto com os membros da equipe multidisciplinar em saúde, planejar e executar ações que possam prevenir o aparecimento de doenças oncológicas junto à comunidade; - desenvolver pesquisa e gerar conhecimentos que contribuam para o aprimoramento das práticas em saúde integradas ao SUS na área de assistência e cuidados farmacêuticos na atenção ao câncer; - sugerir e participar de ações no sistema de atendimento ao paciente oncológico visando a melhoria de qualidade de vida do mesmo; - contribuir para o processo de qualificação profissional no atendimento ao paciente oncológico; - prestar informações para os profissionais da saúde sobre medicamentos, suas interações e cuidados de uso.
Fisioterapia	Ao término da residência Multiprofissional na área de concentração Atenção em oncologia o profissional fisioterapia deverá: - Desenvolver ações educativas nas abordagens individuais e coletivas na linha do cuidado do câncer. - Aplicar e divulgar as normas de biossegurança nos serviços de saúde. - Contextualizar e refletir, de forma interdisciplinar, acerca dos conflitos éticos e bioéticos enfrentados pela equipe multiprofissional e pelos usuários. - Praticar e divulgar as políticas públicas de saúde com ênfase na atenção oncológica e na Política Nacional de Humanização. - Relacionar-se, de forma

	<p>humanizada e ética, com a equipe, com os pacientes e com os cuidadores, com vistas à atenção integral. - Desenvolver práticas integradas, buscando a melhoria da qualidade da assistência ao paciente oncológico nas diversas modalidades de atenção. - Desenvolver e divulgar projetos de intervenção, ensino e pesquisa. - Aplicar os princípios básicos da gestão em Fisioterapia: planejamento, monitoramento e avaliação.</p>
Psicologia	<p>Ao término da residência Multiprofissional na área de concentração Atenção em oncologia o profissional psicológica deverá: - estar apto a desenvolver atividades psicológicas voltadas ao atendimento do paciente oncológico; - ter aptidão para o trabalho em equipe interdisciplinar e na gestão de projetos, com capacidade para intervir em diferentes contextos, grupos, instituições e organizações com olhar crítico e humano; - atuar em equipes multidisciplinares na perspectiva interdisciplinar, com vistas à humanização da assistência, a integralidade da atenção, a melhoria dos indicadores qualitativos da saúde, a redução do tempo de internação hospitalar e em unidades de pronto atendimento; - Planejar as intervenções psicológicas a indivíduos, famílias e coletividades considerando o perfil epidemiológico da população, os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social) os saberes e o conhecimento próprios da área psicológica; - participar da elaboração e discussão de protocolos clínicos na área oncológica, contribuindo com conhecimentos específicos da profissão do psicólogo; - em conjunto com os membros da equipe multidisciplinar em saúde, planejar e executar ações que possam prevenir o aparecimento de doenças oncológicas junto à comunidade; - desenvolver pesquisa interdisciplinar e gerar conhecimentos que contribuam para o aprimoramento das práticas em saúde integradas ao SUS na área de assistência e cuidados psicológicos na atenção ao câncer; - sugerir e participar de ações no sistema de atendimento ao paciente oncológico visando a melhoria de qualidade de vida do mesmo; - estar apto a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar apto a ser empreendedor, gestor, empregador ou líder nas equipes de trabalho; - contribuir para o processo de qualificação profissional no atendimento ao paciente oncológico.</p>

Outras Informações

Tipo do Programa : Multiprofissional
Ano de Criação: 2014
Duração do curso em meses: 24
Carga horária semanal do curso: 60
Número de profissionais formados: 0

Residentes do processo

Número Atual de Residentes : 0

Não existe residente para esse processo

[Voltar](#)

Anexo E



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
COORDENAÇÃO GERAL DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Projeto Pedagógico
Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional
da Saúde Processo de Autorização

Nome do programa

Urgência e Emergência

Dados da COREMU

CPF e Nome do Coordenador(a) da COREMU

[REDACTED]

Email

[REDACTED]

Telefone

[REDACTED]

Formação / Titulação

Especialização – Administração
Hospitalar / 1992 Mestrado -
Envelhecimento Humano / 2012
Graduação - Enfermagem e
Obstetrícia/ 1989

Data Cadastro



Coordenador do Programa

[REDACTED]

Email

[REDACTED]

Telefone

[REDACTED]

Formação / Titulação

Especialização – Administração Hospitalar / 1992 Mestrado - Envelhecimento Humano / 2012 Graduação - Enfermagem e Obstetrícia/ 1989

Dados Executora Instituição

CNPJ: [REDACTED]
Nome: HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO
E-mail: [REDACTED]
Telefone: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
Endereço: TIRADENTES
Complemento: Número: 295 **Bairro:** CENTRO
Cep: 99010260
Cidade: PASSO FUNDO
UF: RS

Dados Formadora

CNPJ: [REDACTED]



Nome: HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO

E-mail: [REDACTED]

Telefone:

[REDACTED]

Fax

[REDACTED]

Endereço:

TIRADENTES

Complemento:

Número: 295 Bairro:

CENTRO

Cep: 99010260

Cidade: PASSO FUNDO

UF: RS

Dados Instituições Financiadoras

Financiadora: HC – Hospital da Cidade de Passo Fundo

Beneficiada: HCPF – Hospital da Cidade de Passo Fundo

Item financiado	Valor
Bolsas residentes	3330.43

Cenários de Prática Conveniados

CNPJ: [REDACTED]

Nome: PREFEITURA MUNICIPAL DE MATO CASTELHANO

Email: [REDACTED]

[REDACTED] Telefone: [REDACTED]

Endereço: Rua Silvio

Manfroí Complemento:

Número: 01

Bairro:

CENTRO Cep:

99180-000

Cidade: Mato Castelhana -

RS UF: RS

CNPJ: [REDACTED]



Nome: PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO

Email:

Telefone: ()

Endereço: DR. JOAO

FREITAS Complemento:

Número: 75

Bairro:

CENTRO Cep:

99010060

Cidade: PASSO

FUNDO UF: RS

Cenários de Prática Próprios

Hospital da Cidade de Passo Fundo

Descrição do Cenário de Prática Tipo atenção hospitalar

O Hospital da Cidade de Passo Fundo é um dos mais importantes centros de referência em alta complexidade do estado do Rio Grande de Sul. É um hospital de ensino, com certificação dos Ministérios da Saúde e Educação conforme portaria interministerial número 166/MEC/MS, publicada no dia 05 de fevereiro de 2013. Instituição de grande porte, referência macrorregional norte do Estado do Rio Grande do Sul para o Sistema Único de Saúde que compreende os 144 municípios da 6^o, 11^o, 15^o e 19^o Coordenadorias Regionais de Saúde, respectivamente das cidades de Passo Fundo, Erechim, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen, abrangendo uma população de aproximadamente 1.158.000 de habitantes. Constitui-se referência para atendimento de procedimento de alta complexidade em Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Terapia Substitutiva Renal, Oncologia e cardiologia.

Cenários Conveniados

Secretaria Municipal de Saúde - Passo Fundo

A estrutura de saúde de Passo Fundo configura-se em um polo irradiador para os três estados do Sul do Brasil com 724 estabelecimentos de saúde, atendendo demandas de praticamente todos os 496 municípios do Rio Grande do Sul e outras centenas de Santa Catarina e Paraná, o que torna a cidade o terceiro maior polo de saúde da Região Sul do país.

O município de Passo Fundo conta com 15 Estratégias de Saúde da Família inseridas em pelo menos 35 Unidades Básicas de Saúde. Possui 5 Centros de Atendimento Integral a Saúde, um ambulatório de especialidades, dois Centros de Atendimento Psicossocial, sendo um do tipo II e outro do tipo Álcool/Drogas.

A SMS/PF, em gestão plena da atenção básica, atende a população urbana e rural.

As Unidades Básicas de Saúde que serão campos de estágios para os residentes e estão contempladas no COAPES – Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde. De acordo com os pressupostos da Residência Multiprofissional, os residentes – R1 e R2 - participarão de atividades na rede de atenção a saúde a fim de vivenciarem os diferentes níveis de complexidade e abrangência na perspectiva da integralidade do cuidado.

Secretaria Municipal de Saúde - Mato Castelhana

A Secretaria Municipal de Saúde foi instituída através da Lei Municipal n.º 01/93 de 05 de janeiro de 1993, objetivando prestar atendimento a saúde pública, sendo o órgão de administração dos serviços de saúde.

A rede do município se estrutura em 01 equipe de ESF, que atende 100% do território do município, sendo que, 75% da população vivem na área rural e 25% reside na área urbana. As agentes municipais de saúde estão distribuídas em micro-áreas.

O atendimento ambulatorial ocorre diariamente em turno integral das 08:00 às 11:50 horas e das 13:00 às 21:00 horas e nos sábados pela manhã, onde são realizadas consultas básicas e especializadas. Conta com atendimento odontológico, de fisioterapia, psicológico e farmácia e carece de outras áreas profissionais.

As visitas domiciliares são realizadas diariamente conforme a necessidade e podem ser agendadas ou não, geralmente para dar continuidade a algum tratamento iniciado ou para monitoramento contínuo.

O SISPRENATAL é um programa do Ministério da Saúde, que atende no município em média 25 gestantes por ano. Este sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes pelo programa de humanização do pré-natal e nascimento do Sistema Único de Saúde, permitindo dessa forma um acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre até o parto e puerpério.

As atividades educativas são realizadas conforme a necessidade e disponibilidade das comunidades e dos profissionais da equipe assim como de outros profissionais que não fazem parte da equipe do município.

A referência regional do município para o Hospital da Cidade de PF.

De acordo com os pressupostos da Residência Multiprofissional, os residentes – R1 e R2 – neste Município participarão de atividades na rede de atenção a saúde a fim de compreender a dinâmica de atendimento à população no que trata a baixa e média complexidade bem como os sistemas de referência e contra-referência. Dentre as particularidades da região também identifica-se a oportunidade de vivenciar experiências com outras culturas, já que a região possui população indígena. É importante identificar nas atividades ensino-serviço a interação e a relacionalidade das práticas sociais, onde esse caráter relacional e de múltiplas vozes dizem das relações sociais com ligação ao processo saúde/doença, articulando conceitos e práticas.

Projeto Pedagógico



Área(s) de Temática, de Concentração e Profissional(is)

VAGAS	
Área de Concentração: Urgência e Emergência	
Área Temática: Intensivismo, Urgência e Emergência	
Ano: 2018	
Profissão	Vagas Solicitadas
Nutrição	2
Fonoaudiologia	1
Fisioterapia	2
Enfermagem	2
Psicologia	1
Farmácia	2
Ano: 2019	
Profissão	Vagas Solicitadas
Nutrição	2
Fonoaudiologia	1
Fisioterapia	2
Enfermagem	2
Psicologia	1
Farmácia	2

Justificativa

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem aumentando os investimentos para o atendimento de pacientes agudos graves, possibilitando a abertura de novos leitos para ao pronto atendimento de pacientes graves bem como em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em diversos estados brasileiros.

Considerando o grande número de eventos característicos de centros urbanos (traumas graves, eventos cardiocirculatórios e respiratórios graves, entre outros), justificam a necessidade de maior contingente de equipes especializadas em cuidados na urgência e emergência.

Nesta conjuntura, a formação de profissionais de saúde especializados em tratamentos de alta complexidade e cuidados intensivos, aliada a recursos tecnológicos em um contexto humanizado e multiprofissional é uma condição determinante para que a qualidade do atendimento seja viabilizada. A carência de recursos humanos especializados tem sido um dos grandes problemas enfrentados na implementação do SUS, inviabilizando em diversas localidades a concretização de ações efetivas dentro das políticas prioritárias para a saúde estabelecidas pelo governo (Fonte: Portal da Saúde/MS, 2010).

A interação multiprofissional e interdisciplinar possibilita assistência contínua, integral e humanizada para pacientes/familiares, com benefícios para todos os envolvidos: para a sociedade que espera excelência no cuidado à saúde, para os profissionais de saúde que percebem que a interação profissional favorece um ambiente colaborativo de aprendizado e crescimento profissional e para os gestores que terão como resultados satisfação da clientela, maior qualidade dos serviços e diminuição dos custos.

Por outro lado, a carência de recursos humanos especializados na mais diversas profissões da saúde, tem sido um dos grandes problemas enfrentados pelo SUS, inviabilizando a concretização de ações efetivas dentro das políticas prioritárias para a saúde estabelecidas pelo governo.

Quanto aos Hospitais filantrópicos de ensino, estes devem desenvolver suas atividades assistenciais em consonância com os problemas vivenciados pela sociedade na qual está inserido e oferecer alternativas factíveis e concretas para



solucioná-los. Concomitante a este fazer, as atividades de ensino necessariamente devem estar atentas às necessidades do mercado de trabalho loco regionais, a fim de capacitar profissionais para que estes tenham condições de responder às rápidas transformações das diversas tecnologias do cuidado.

Neste sentido, a formação de profissionais de saúde especializados em tratamentos de pacientes de urgência e emergência em todo o eixo da saúde, aliada a recursos tecnológicos em um contexto humanizado e multiprofissional é uma condição determinante para que a qualidade do atendimento seja viabilizada.

Diante dos fatos e cientes de sua responsabilidade enquanto instituição de ensino e prestadora de assistência à saúde, o HC intenta-se na criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área da Urgência e Emergência, uma vez que este tipo de clientela tem ocupado cada vez mais os diversos cenários hospitalares e extra hospitalares. Entende ser este um modelo para formação de profissionais compatível com a necessidade da atuação integrada, colaboração, e objetivos comuns, de profissionais das diferentes áreas de conhecimento. Trabalhar com o multiprofissional é estar preparado para agir com a diversidade, buscando a assistência integral e excelência na qualidade do atendimento. Desta forma, entre outros, objetiva-se fortalecer a transição do cuidado intra e extra hospitalar com a excelência que é esperada no atendimento ao usuário do SUS.

Portanto visualiza-se o Hospital da Cidade, a SMS/PF e a SMS/MC como cenários da residência multiprofissional em Urgência e Emergência, buscando-se a efetiva integração de ensino serviço- comunidade. Diante do exposto justifica-se a solicitação em pauta pela inexistência de Programa de Residência Multiprofissional nessa área de concentração e uma alta demanda destes pacientes, que fazem seus tratamentos e acompanhamentos na Cidade de Passo Fundo, onde o Hospital da Cidade é referência macrorregional para ações de ensino-pesquisa-extensão e pela grande demanda de profissionais de saúde da região para realização deste tipo de programa de pós-graduação. Somado a isto, acredita-se que, aderida à necessidade de construção de novos conhecimentos e tecnologias via processos de formação/qualificação profissional, afinados às Políticas Públicas de Saúde, as instituições envolvidas poderão ofertar à população um atendimento fortalecido e qualificado com vistas a diminuição dos eventos danosos que circundam o paciente



solucioná-los. Concomitante a este fazer, as atividades de ensino necessariamente devem estar atentas às necessidades do mercado de trabalho loco regionais, a fim de capacitar profissionais para que estes tenham condições de responder às rápidas transformações das diversas tecnologias do cuidado.

Neste sentido, a formação de profissionais de saúde especializados em tratamentos de pacientes de urgência e emergência em todo o eixo da saúde, aliada a recursos tecnológicos em um contexto humanizado e multiprofissional é uma condição determinante para que a qualidade do atendimento seja viabilizada.

Diante dos fatos e cientes de sua responsabilidade enquanto instituição de ensino e prestadora de assistência à saúde, o HC intenta-se na criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área da Urgência e Emergência, uma vez que este tipo de clientela tem ocupado cada vez mais os diversos cenários hospitalares e extra hospitalares. Entende ser este um modelo para formação de profissionais compatível com a necessidade da atuação integrada, colaboração, e objetivos comuns, de profissionais das diferentes áreas de conhecimento. Trabalhar com o multiprofissional é estar preparado para agir com a diversidade, buscando a assistência integral e excelência na qualidade do atendimento. Desta forma, entre outros, objetiva-se fortalecer a transição do cuidado intra e extra hospitalar com a excelência que é esperada no atendimento ao usuário do SUS.

Portanto visualiza-se o Hospital da Cidade, a SMS/PF e a SMS/MC como cenários da residência multiprofissional em Urgência e Emergência, buscando-se a efetiva integração de ensino serviço- comunidade. Diante do exposto justifica-se a solicitação em pauta pela inexistência de Programa de Residência Multiprofissional nessa área de concentração e uma alta demanda destes pacientes, que fazem seus tratamentos e acompanhamentos na Cidade de Passo Fundo, onde o Hospital da Cidade é referência macrorregional para ações de ensino-pesquisa-extensão e pela grande demanda de profissionais de saúde da região para realização deste tipo de programa de pós-graduação. Somado a isto, acredita-se que, aderida à necessidade de construção de novos conhecimentos e tecnologias via processos de formação/qualificação profissional, afinados às Políticas Públicas de Saúde, as instituições envolvidas poderão ofertar à população um atendimento fortalecido e qualificado com vistas a diminuição dos eventos danosos que circundam o paciente



Objetivos Específicos

1. Favorecer o desenvolvimento de um perfil profissional que se destaque pelas competências, postura, responsabilidade e ética na sua área de formação, não somente com paciente/família como também com os demais membros da equipe multiprofissional no âmbito da urgência e emergência e demais contextos intra e extra-hospitalar.
2. Incentivar atitudes proativas para o desenvolvimento e crescimento profissional tanto no âmbito individual como no coletivo – equipes multiprofissionais e interdisciplinares.
3. Desenvolver na sua área de formação competências profissionais, clínica, técnico-operacional e relacional.
4. Possibilitar a vivência do residente em um sistema de saúde que atenda o paciente em sua integralidade fortalecendo o conceito da transição do cuidado intra e extra-hospitalar.
5. Desenvolver atividades de Educação em Saúde em todos os ambientes de prática profissional;
6. Capacitar para o desenvolvimento do processo de trabalho, considerando sua especificidade profissional de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde;
7. Estimular o desenvolvimento de estudos científicos que contemplem a melhoria do ambiente de prática;
8. Preparar para a execução de uma prática de saúde baseada na concepção de vigilância da saúde, através da combinação das estratégias de intervenção, de promoção de saúde, da prevenção de fatores de risco, da transição do cuidado, além da atenção curativa para os usuários do SUS.

Articulação com políticas de saúde pactuação com o gestor de saúde

Articulação com políticas de saúde

A missão do HC que é a de promover melhorias na qualidade de vida das pessoas, por meio de ações integradas de assistência à saúde, ensino e pesquisa, propõe dentre suas metas ser referência permanente em qualidade na assistência hospitalar, na formação de recursos humanos e na geração de novos conhecimentos.

Tem como valores o comprometimento de oferecer atenção e cuidado qualificado e humanizado, além de se propor a prestar assistência integral, respeitando os aspectos físico, psíquico social e espiritual, buscando a satisfação das pessoas.



Secretaria Municipal de Saúde de Mato Castelhana

A Secretaria Municipal de Saúde de Mato Castelhana assume o compromisso de apoiar as atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, que tem como instituição proponente o Hospital da Cidade de Passo Fundo (HC) atendendo ao disposto no CHAMAMENTO PÚBLICO PARA AUTORIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE E AMPLIAÇÃO DE VAGAS 001/2017.

Na oportunidade informa que os cenários de prática do Programa ocorrerá na Unidade de Saúde do Município de Mato Castelhana, incluindo a comunidade indígena que habita neste local.

Outrossim, cabe ressaltar da necessidade desses profissionais de saúde para o atendimento das demandas epidemiológicas do sistema de saúde local-regional.

Diretrizes Pedagógicas

As diretrizes pedagógicas desse programa de residência buscam fortalecer a formação de um profissional voltado para a promoção de saúde e para a resolução de problemas de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde. Para que esse exercício possa ocorrer, a carga horária do programa foi planejada de forma a contemplar 80% das atividades do residente em estratégias pedagógicas teórico-práticas. Busca-se assim, formar um profissional com capacidade de refletir sobre o processo de saúde fortalecendo dessa forma a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Considerando os modelos de gestão e atenção à saúde praticados no país por décadas cuja formação estava fundamentada na doença com ênfase no cuidado curativo, as diretrizes pedagógicas do programa de residência em urgência e emergência buscam reorientar essa prática profissional, implementando uma visão crítico educativa que contemple os princípios e as diretrizes do SUS. Além disso, o programa de residência proposto está pautado nas diretrizes do Departamento de Desenvolvimento da Educação em Saúde (MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho, da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e em consonância com a CNRMS e nas necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, propõe-se a fortalecer as capacidades e o desenvolvimento do aprendizado interpessoal dos diferentes atores envolvidos no processo. Dessa forma, acredita-se na formação qualificada para atender o cidadão, integrando ensino-serviço-comunidade, aliado aos programas do MS existentes na região, trabalhando em um processo interligado de cuidado progressivo à saúde. Tais diretrizes estão baseadas no ensino centrado no sujeito da aprendizagem, na concepção de que a pessoa constrói o seu conhecimento de forma proativa, na busca de nova informação e/ou novas formas de pensar a partir de suas bases de conhecimento. A reflexão é premissa para o desenvolvimento das atividades já que enfatiza a construção do conhecimento, ao invés da transmissão e que leva o residente não apenas a questionar o contexto em que está inserido, mas propor alternativas de intervenção. Para tanto, considera-se que a aprendizagem acontece por meio da integração teórico-prática, sendo que os residentes são protagonistas neste processo, cabendo-lhes a descoberta, a participação, a autonomia e a iniciativa na formação de suas competências. Isto significa que o conhecimento deve ser individual e coletivamente construído, a fim de ser utilizado com competência e criatividade, favorecendo a tomada de decisão. Logo, acredita-se na possibilidade da formação profissional que entenda a saúde, partindo de uma concepção ampliada e como um direito de cidadania. Mais especificamente, as diretrizes pedagógicas deste programa de pós-graduação pressupõem adoção de estratégias

metodológicas que transcendem a sala de aula, justificando a grande maioria da carga horária destinada às atividades teórico-práticas (80%). A estrutura curricular prevê duração de dois anos em regime de dedicação integral, sendo a carga horária anual em torno de 2880 horas com um período de 30 dias de férias por ano. A média anual da carga horária semanal será de 60 horas, distribuídas da seguinte maneira: 48 horas de estratégias educacionais práticas e 12 horas de atividades de estratégias educacionais teóricas e teórico-práticas. As atividades teóricas serão de responsabilidade de docentes ligados ao ensino e assistência do HC e convidados. As atividades teórico-práticas ficarão a cargo dos tutores e preceptores (profissionais ligados ao campo de estágio). Poderão ser inseridos no programa, profissionais convidados a realizar palestras, atualizações que enriqueçam o aprendizado dos residentes e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. A dinâmica didático-metodológica de operacionalização destas ênfases se dará a partir de disciplinas transversais (Núcleo comum) que perpassam as duas ênfases e de disciplinas específicas, que atenderão as particularidades de cada uma destas ênfases, além das atividades desenvolvidas em serviço. Busca-se com esse programa fortalecer as linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde em consonância com o preconizado pelo conceito de clínica ampliada de saúde, onde se procura evitar uma abordagem que privilegie excessivamente um conhecimento específico. Com isso, entendemos que iremos aproximar os atores da linha de atendimento integral à saúde do cidadão, fortalecendo a formação de profissionais capacitados ao exercício efetivo do trabalho em equipe. A estrutura, funções, implementação e acompanhamento didático-pedagógico desse programa ocorrerá em conformidade com a Resolução do MEC/SESU/CNRMS, sendo as competências de cada um dos atores envolvidos no programa (COREMU e seu coordenador, coordenador de programa, Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e profissionais de saúde) claramente definidas no organograma funcional do programa de residência multiprofissional e Urgência e Emergência.

Primeiro ano de residência – R1 O programa prevê o desenvolvimento de estratégias educacionais teóricas e teóricas práticas integradas e interdisciplinares com as demais profissões dos diversos programas que compõem o Eixo Transversal dos Programas de Residência Multiprofissional. As propostas do Programa no que concerne aos conteúdos nucleares do programa relacionados à Urgência e Emergência para todos os residentes das profissões que compõem o programa e os conteúdos profissionais da área de concentração (específicos de cada profissão) estão voltados à especialidade na área de saúde na Urgência e Emergência à indivíduos adultos acometidos por disfunções graves, conforme descrição a seguir:

I. Conteúdos nucleares do programa: visam subsidiar a compreensão do universo da assistência garantindo subsídios teóricos e práticos para o desenvolvimento das respectivas competências profissionais. Neste âmbito será incentivada a atuação multiprofissional e interdisciplinar e a adoção de práticas profissionais colaborativas, considerando-se como fundamentais ações que revertam no melhor atendimento possível ao indivíduo que necessita de cuidados de vários elementos da equipe de saúde, considerando-se a estrutura familiar em consonância com os princípios do SUS. Será definido pela Coordenação do programa e respectivos tutores de cada segmento profissional.

II. Conteúdos nucleares das áreas profissionais: Considerando que os iniciantes são oriundos de diversas escolas e com diferentes vivências, os conteúdos abordados visam homogeneizar o conhecimento fundamental de cada profissão e/ou ampliar outros pertinentes relacionados à profissão. No primeiro ano (R1), os residentes, conjuntamente, com os demais



colegas da mesma profissão de outros programas da Residência Multiprofissional, serão submetidos a dinâmicas e conteúdos que subsidiem as atividades práticas no decorrer do programa, além de promover a aproximação entre os mesmos. Os temas serão definidos pelos Coordenadores e Tutores dos programas vigentes, considerando-se a especificidade de cada profissão. III. Conteúdos Profissionais da Área de Concentração (específicos de cada profissão): visam expandir os conhecimentos básicos, agregar novos e apreender os essenciais de cada profissão dentro do contexto da assistência intensiva. Dessa forma, espera-se verticalizar os conhecimentos específicos de acordo com as peculiaridades e saberes profissionais e em consonância com as determinações de cada conselho profissional. Segundo ano de residência – R2 Visando fortalecer a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, no segundo ano de residência (R2) serão mantidas as estratégias pedagógicas teóricas e teóricas práticas que compõem o eixo transversal dos programas de residência multiprofissional, garantindo os Conteúdos Nucleares Gerais do Programa, de acordo com as propostas da COREMU. Ao longo do R2, a estrutura geral se mantém, incrementando-se as atividades multiprofissionais, sem contudo, descaracterizar as especificidades de cada profissão. Serão desenvolvidos os conteúdos nucleares da área de concentração relacionados à Assistência Intensiva para todos os residentes das profissões que compõem o programa e os conteúdos Profissionais Específicos das Áreas de Concentração.

Processo seletivo

O processo seletivo dos candidatos à Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência do HC seguirá o seguinte encaminhamento: 1- A inscrição dos candidatos será realizada por profissão. 2-O processo seletivo constará de três etapas: a) Primeira etapa: Prova teórico-objetiva (TO) terá peso 5,0 (cinco). A Prova TO inclui uma parte específica por área profissional e uma parte geral sobre as Políticas Públicas em Saúde e modelos assistenciais em saúde, comum para todas as profissões. A prova inclui 40 questões, de igual peso (0,25), sendo 20 questões da parte específica da área profissional e 20 questões da parte geral, todas sob a forma de questões objetivas. A prova TO terá caráter eliminatório e classificatório. As questões dessa prova serão de múltipla escolha, com cinco alternativas (A, B, C, D e E) e uma única resposta correta. A aprovação na prova TO será pré-requisito para prosseguimento do candidato para a segunda etapa. A classificação dos candidatos inscritos e aprovados por área profissional, na primeira etapa, obedecerá ao seguinte critério: Em caso de empate na classificação dos candidatos, serão observados, sucessivamente, os seguintes critérios: 1-maior pontuação na prova de Conhecimentos Específicos; 2-maior pontuação na prova de Políticas Públicas; 3-maior idade; 4-sorteio. b) Segunda etapa: Análise de Currículo Lattes terá peso 2,0(dois).

Participarão desta etapa somente os candidatos que tenham atingido a classificação prevista na prova teórico-objetiva, realizando os desempates, com observância ao quadro de vagas. O Currículo Lattes deverá ser entregue impresso, com as comprovações pré-profissional e profissional dos últimos 2(dois) anos de formação, tendo no peso 2,0(dois) de caráter classificatório a partir do detalhamento dos critérios apresentados no edital. c) Terceira Etapa: Defesa do Memorial Descritivo do candidato terá peso 3,0 (três)- de caráter classificatório a partir do detalhamento dos critérios apresentados no edital. A nota final do candidato será a soma da pontuação dos resultados das provas, de acordo com os pesos especificados: 1ª. Etapa: Prova teórico-



objetiva: peso 5,0; 2ª. Etapa: Análise do Currículo lattes: peso 2,0; 3ª Etapa :Defesa do memorial descritivo: peso 3,0. Totalizando: peso 10,0

Avaliação discente

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO DESEMPENHO DISCENTE

1. **Atitude** (10,0) Iniciativa durante o Programa (1,5) Organização (1,0) Participação nas visitas/discussões (2,0) Interesse (1,0): Participação reuniões multiprofissionais (2,0) Relacionamento Equipe multiprofissional (1,5): Assiduidade e Pontualidade (1,0);
2. **Assistência ao Paciente** (10,0) Domínio dos casos (2,5) Responsabilidade (2,5) Habilidades/estratégias de atendimento (2,5) Correlação teórica e prática (2,5)
3. **Conhecimento Teórico** (10,0) Prova escrita/seminário (4,0) Discussões e resenhas (3,0) Casos clínicos/ outros (3,0)



Auto-avaliação do programa

Quanto as Disciplinas Teóricas

1) Atingiu o objetivo proposto pela Disciplina (Carga horária, conteúdo, estratégia pedagógica adotada, outros)

a) sim Não Por que?:_

b) Deixou a desejar? (Carga horária, conteúdo, Estratégia pedagógica adotada, outros) sim Não Por que?:____
 é Sugestões para melhorias.

Quanto ao Cenário de Prática

1) Atingiu o objetivo proposto pela Unidade de Prática

a) sim Não Por que?:_____

b) O ambiente de prática propiciou aprendizado?(sim Não Por que?:_ _____

c) Deixou a desejar? sim Não Porque?:_____

d) Participação do Preceptor

efetiva não efetiva Porque?:_____

à Sugestões para melhorias.

Quanto as Discussões Clínicas

1) Houve discussão multiprofissional? sim Não Porque?:_____

2) Houve participação do Preceptor? sim Não Porque?:_____

3) Houve participação do Tutor sim Não Porque?:_____

à Sugestões para melhorias.

Quanto as Estratégias

Pedagógicas adotadas. efetiva

não efetiva Porque?:_____

Outras questões que julgue pertinentes ao processo de avaliação do Programa.

Infra-estrutura

Instalações



O programa de residência multiprofissional em Urgência e Emergência, terá a sua disposição as instalações físicas do Hospital da Cidade de Passo Fundo, com salas de excelente padrão e com recursos de multimídia. Possui salas de aula, um anfiteatro com capacidade para 120 pessoas, assim como quatro salas de aula na escola de técnico de enfermagem do Hospital. Biblioteca com acervo de aproximadamente 600 exemplares, e periódicos diversos, além de serviços de apoio pedagógico para o programa. No HC, cenário da prática dos residentes, as unidades que se destinam a área de concentração em Urgência e Emergência, serviço de farmácia, serviço de enfermagem, serviço de psicologia, serviço de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e biomedicina estarão aptas a receber os residentes para o desenvolvimento de suas atividades, além de ter à disposição, sala de conforto, sala de estudo e pesquisa, laboratório de análises clínicas próprio do Hospital. O complexo do HC possui 28 mil metros quadrados, distribuídos em 204 leitos para internação. Possui em cada unidade de internação e atendimento do hospital área própria designada para a realização de suas atividades em consonância com o tipo de especialidade da unidade. Nas unidades de atenção básica dos municípios de Passo Fundo e de Mato Castelhano, os residentes terão a oportunidade do atendimento fundamentado no conceito da clínica ampliada, referenciando e contra referenciando os pacientes atendidos no HC, nos casos de Urgência e Emergência. Nessas unidades, os residentes acompanharão as atividades de atendimento aos usuários e de gestão do serviço, juntamente com a equipe de preceptores/tutores do local, sendo que as tarefas serão desenvolvidas em consultórios, farmácia, salas de atendimento especializadas, conforme a estrutura física do local e no domicílio.

Salas

O Hospital da Cidade possui uma unidade de ensino localizada em diversos locais do prédio. Essa unidade é composta por salas de ensino, climatizadas, equipadas com multimídia, que possibilita a realização de videoconferência. Ainda compõem a unidade de ensino, várias salas de aula, 01 anfiteatros e diversos laboratórios e uma biblioteca. O serviço de apoio administrativo, está situado no mesmo andar que as salas de aula, e oferece suporte para o desenvolvimento das atividades acadêmicas de graduação e *latu sensu*.

Estudo

As atividades de ensino do Programa de Residência serão apoiadas pela Coordenação de Ensino e Pesquisa Acadêmica do HC, que trata-se de um serviço de apoio ensino/assistencial, destinado a toda a comunidade acadêmica (estudantes,



residentes, docentes, supervisores, preceptores e pesquisadores) que busca o HCPF para realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Possui dentre suas atribuições a gestão, a organização, bem como o suporte logístico para as atividades relacionadas a estágio obrigatórios, aulas práticas, teóricas e teórico-práticas, projetos de ensino e extensão, bem como pesquisas acadêmicas realizadas/aplicadas no Hospital.

Equipamentos

Os residentes terão acesso a(o):

Sistema ERP MV2000i integrados entre as várias unidades da Instituição, inclusive com Prontuário Eletrônicos do Pacientes; MV2000i, acesso ao o PACS Aurora da Pixeon, para visualização de exame de imagem; Solicitações de exames laboratoriais e de imagem integrados ao ERP. A rede de computadores está disponível em todas as unidades da instituição com área exclusiva para prescrição multiprofissionais. O acesso à internet disponível para pesquisas e demais necessidades acadêmicas; Rede Wireless disponível em todo hospital; Espaços para aulas equipados com recursos multimídia e acesso à internet. Ambiente de biblioteca equipado com workstations voltadas para o ambiente da instituição e acesso livre para a internet.

Corpo Docente-Assistencial

Núcleo Docente-Assistencial Estruturante

Docente	CPF	Formação / Titulação
---------	-----	----------------------

Preceptores

Preceptor	CPF	Formação Titulação	/	Área Profissão	Carga Horária Seman al
-----------	-----	-----------------------	---	-------------------	---------------------------------



		Especialista em Psicologia (Hospitalar)	40
		Especialista em Enfermagem Hospitalar e Mestre em Envelhecimento humano	40
		Pós Graduação Infecção Hospitalar	40
		Especialista em Centro Cirúrgico e Cardiologia	40
		Pós Graduação Em Terapia Manual	40
		Especialista em Enfermagem Oncológica	40
		Especialista em Terapia Intensiva e Fisioterapia Hospitalar e Mestre em Envelhecimento Humano	40
		Especialista em Fisioterapia Oncológica	30
		Especialista em Fisioterapia Hospitalar	30
		Especialista Em Cardiologia	40



		Especialista Em Gestão De Laboratórios Clínicos Mestre Em Envelhecimento Humano	Farmacêutica E Bioquímica	40
		Especialização Em Administração Em Serviços De Enfermagem, Enfermagem Do Trabalho e Terapia Intensiva	Enfermagem	40
		Especialista e Mestre Em Farmacologia	Farmácia	40
		Especialista Em Gestão De Negócios Da Saúde	Farmácia	30
		Especialista Em Farmacologia Aplicada e Pós Em Farmácia Hospitalar (em andamento)	Farmácia	30
		Especialista em Psicologia Saúde	Psicologia	30
		Especialista em reabilitação traumato ortopédica	Enfermagem	30
		Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde Pós graduada em Residência	Farmácia	30

		Multiprofissional em Atenção ao Câncer		
		Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal (em andamento)	Enfermagem	40
		Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal	Enfermagem	40
		Mestre em Ciências Pneumológicas e e Doutoranda em Ciências do Movimento Humano	Fisioterapia	20
		Especialista, Mestre e Doutora em Ciências - Oncologia.	Fisioterapia	20
		Especialista em Saúde do idoso	Farmácia	30
		Especialista em gestão da política nacional de alimentação e nutrição, nutrição clínica, nutrição com ênfase em oncologia e terapia nutricional, administração em saúde pública	Nutrição	40
		Especialista em alimentação e nutrição com ênfase em gastronomia em nutrição	Nutrição	40

		Especialista em disfagia clínica e mestre em envelhecimento humano	Fonoaudiologia	40
		Especialista em disfagia e psicopedagogia	Fonoaudiologia	40
		Mestranda PPG Bioex	Biomédica	

Tutores

Tutor	CPF	Formação / Titulação	Área Profissão	Carga Horária Semanal
		Pedagoga/Psicopedagoga Clínica/ Mestre em Política Social	Saúde pública	20
		Especialista e Mestre Em Farmacologia	Farmácia	40
		Mestre em Ciências Pneumológicas	Fisioterapia	20
		Especialista em disfagia clínica e Mestre em envelhecimento humano	Fonoaudiologia	40
		Especialista em Administração Hospitalar e Mestre em Envelhecimento humano	Enfermagem	40



Docentes**Eixo Transversal do Programa****Eixo Transversal da Área de Concentração**

Docente	CPF	Formação / Titulação	Área de Concentração	Carga Horária Semanal
		Especialista em Saúde Coletiva	Psicologia (Hospitalar)	40
		Especialista em Administração Hospitalar e Mestre em Envelhecimento humano	Enfermagem	40
		Pedagoga/Psicopedagoga Clínica/ Mestre em Política Social	Saúde Pública	20
		Especialista em Terapia Intensiva e Fisioterapia Hospitalar e Mestre em Envelhecimento	Fisioterapia	40



		nto Humano	
		Especialista e Mestre Em Farmacologia	Farmácia 40
		Especialista Em Gestão De Laboratórios Clínicos Mestre Em Envelhecimento Humano	Farmacêutica E Bioquímica 40
		Mestre em Ciências Pneumológicas e e Doutoranda em Ciências do Movimento Humano	Fisioterapia 20
		Especialista em gestão da política nacional de alimentação e nutrição, nutrição clínica, nutrição com ênfase em oncologia e terapia nutricional, administração em saúde pública	Nutrição 40
		Especialista em alimentação e nutrição	Nutrição 40

		com ênfase em gastronomia em nutrição	
		Especialista em disfagia clínica e mestre em envelhecimento humano	Fonoaudiologia 40
		Especialista Em Cardiologia	Enfermagem 40
		Especialista em Centro Cirúrgico e Cardiologia	Enfermagem 40

Matriz Curricular

Eixo Transversal do Programa

Semestre	Conteúdo/Atividade	Carga horária
1º	Metodologia de Pesquisa e Produção do conhecimento em Saúde I	21
	Atenção primária e Promoção da Saúde	21



	Políticas Públicas de Saúde e Gestão de Serviços de Saúde	30
	Humanização em Urgência e Emergência	21
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93
2º	Metodologia de Pesquisa e Produção do Conhecimento em Saúde II	30
	Epidemiologia e Vigilância em Saúde	18
	Processo de Saúde-Doença	30
	Clínica Ampliada I	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	108
3º	Ética e Bioética	20
	Segurança do Paciente como prioridade estratégica	30
	Reabilitação	30
	Clínica Ampliada II	20
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	100
4º	TCR	30
	Clínica Ampliada II	45
	Atenção a família cuidadora	45
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	120

Eixo Transversal da Área de Concentração

Semestre	Conteúdo/Atividade	Carga Horária
1º	Assistência Intensiva: Histórico, evolução e trabalho	30
	Política Nacional de Atenção às Urgências	30
	Epidemiologia aplicada às Urgências e Emergências e UTI	15

	Seminário Integrador	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	105
2º	Gestão Organizacional em Saúde/Hospitalar	30
	Resoluções e Normativas UTI	15
	Abordagem uni e multiprofissional: problemática da família frente à doença grave	15
	Seminário Integrador	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3º	Transição do cuidado e autocuidado	30
	Consulta compartilhada I	30
	Seminário Integrador	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
4º	Consulta compartilhada II	45
	Seminário Integrador	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	75



Eixo Específico

Enfermagem

Semestre	Conteúdo/Atividade	Carga Horária
1º	Instrumentos de Avaliação clínica avançada	30
	Educação em Saúde	15
	Atuação do enfermeiro na urgência e emergência	45
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
2º	Enfermagem Intensiva baseada em evidências I	45
	Gestão na área da saúde e Gestão de recursos para a prestação da assistência	15
	SAE	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3º	Enfermagem intensiva baseada em evidências II	38
	Gestão em enfermagem	30
	SAE II	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	98
4º	Enfermagem intensiva baseada em evidências III	45
	SAE III	48
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93

Fonoaudiologia

Semestre	Conteúdo/Atividade	Carga Horária
1º	Avaliação Clínica Fonoaudiológica na Urgência e Emergência	30
	Semiologia e Fisiologia da Normalidade dos Sistemas Respiratório, Fonatório e Digestório I	60
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
2º	Avaliação Clínica Fonoaudiológica em Terapia Intensiva	30
	Semiologia e Fisiologia da Normalidade dos Sistemas Respiratório, Fonatório e Digestório II	30
	Atuação do Fonoaudiólogo na Terapia Intensiva	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3º	Intervenção fonoaudiológica em pacientes no paciente crítico	98
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	98

4º	Intervenção fonoaudiológica na reabilitação e transição do cuidado	93
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93

Farmácia

Semestre	Conteúdo/Atividade	Carga Horária
1º	Políticas farmacêuticas e o controle social	15
	Atenção farmacêutica no SUS	15
	Fundamentos da farmácia clínica	30
	Manejo farmacêutico de enfermidades críticas prevalentes	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
2º	Farmacovigilância	45
	Atenção farmacêutica e assistência farmacêutica para paciente crítico I	45
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3º	Atenção farmacêutica e assistência farmacêutica para paciente crítico II	48
	Reconciliação Medicamentosa	50
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	98
4º	Atenção farmacêutica e assistência farmacêutica para paciente crítico III	45
	Intervenção farmacêutica na reabilitação e transição do cuidado	48
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93

Fisioterapia

Semestre	Conteúdo/Atividade	Carga Horária
1º	Atenção fisioterapêutica em Urgência e Emergência	30
	Introdução a Fisioterapia Respiratória e VM básica	30
	Fisioterapia Cardiorrespiratória	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
2º	Fisioterapia Neuro Funcional	30
	Ventilação Mecânica Avançada	20
	Fisioterapia Músculo-esquelética	20
	Atuação do Fisioterapeuta na terapia Intensiva I	20
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3º	Atuação do Fisioterapeuta na Terapia intensiva II	98

	TOTAL DE HORAS DO EIXO	98
4°	Atuação do Fisioterapeuta na Reabilitação	60
	Intervenção fisioterapêutica na reabilitação e transição do cuidado	33
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93

Psicologia

	Conteúdo/Atividade	Carga Horária
1°	Introdução a psicologia hospitalar	45
	Avaliação Psicológica e diagnóstico diferencial	45
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
2°	Abordagens Psicológicas no Contexto Hospitalar	30
	Atuação do Psicólogo no Hospital e em UTI Adulta	30
	Atuação do Psicólogo em Emergências e Urgências	30
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3°	Intervenção do psicólogo no paciente crítico I	98
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	98
4°	Intervenção do psicólogo no paciente crítico	45
	Intervenção Psicológica na reabilitação e transição do cuidado	48
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93

Nutrição

Semes tre	Conteúdo/Atividade	Tipo de Atividade
1°	NUTRIÇÃO CLÍNICA I	90
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
2°	NUTRIÇÃO CLÍNICA II	90
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	90
3°	Terapia Nutricional em pacientes graves	98
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	98
4°	Terapia Nutricional na Transição do Cuidado	93
	TOTAL DE HORAS DO EIXO	93

Semana Padrão

Semana padrão sem Plantão

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
7h -16h Atividade Pedagógica Prática	7h -16h Atividade Pedagógica Prática	7h -16h Atividade Pedagógica Prática	7h -19h AB	7h -16h Atividade Pedagógica Prática
16h – 19h Eixo Transversal do Programa	16h – 19h Eixo Transversal da Área de Concentração	16h – 19h Eixo de área Profissional		16h – 19h Eixo Transversal da Área de Concentração (Seminário)

36h – Prática assistencial
no HC 12h – teórica
12h – Atenção Básica

Semana padrão com Plantão

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Plantão
7h -19h Atividade Pedagógica Prática	7h -14h Atividade Pedagógica Prática	7h -14h Atividade Pedagógica Prática	7h -19h AB	7h -14h Atividade Pedagógica Prática	7h -13h Atividade e Pedagógica Prática

16h – 19h Eixo Transversal do Programa	14h – 17h Eixo Transversal da Área de Concentração	14h – 17h Eixo de área Profissional		14h – 17h Eixo Transversal da Área de Concentração (Seminário)	
--	--	---	--	--	--

36h – Prática assistencial
no HC 12h – teórica
12h – Atenção Básica

Perfil do Egresso

Perfil Geral dos Egressos

Ao término do período de formação o residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, deverá ter adquirido experiência prática no exercício do trabalho compartilhado entre as diferentes áreas de conhecimento da saúde de maneira a criar e adaptar conexão entre as diferentes fazeres e saberes. Deverá ainda ter a capacidade de utilizar todo seu potencial, conhecimento, habilidade, criticidade e responsabilidade adquirido e desenvolvido durante o programa para implementar ações de aproximação entre os níveis de atenção à saúde presentes no Sistema Único de Saúde.

Perfil(is) Geral(is) dos Egressos da Área de Concentração

Urgência e Emergência

Ao término do período de formação os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência deverão estar aptos para prestarem assistência de qualidade na sua área de formação profissional, no âmbito do cuidado intensivo hospitalar à pacientes adultos em condições críticas ou de instabilidade, que necessitem de assistência a saúde de alta complexidade. Espera-se também que seja capacitado a desenvolver processos de cuidado relativos à transição do cuidado extra-hospitalar a fim de fortalecer a prevenção e a reabilitação de eventos na perspectiva da inserção do indivíduo de volta ao convívio social e em condições de exercer o auto cuidado. Assim, que desenvolvam um perfil que se destaque pelas

competências, atitudes pró-ativas em relação ao seu próprio crescimento profissional, postura, responsabilidade e ética profissional. Não somente com paciente/família com também os demais membros da equipe multidisciplinar no âmbito de cuidados intensivos e demais contextos intra e extra hospitalar.

Perfis Específicos dos Egressos das Áreas Profissionais

Urgência e Emergência

Área Profissional	Descrição
Nutrição	Ser capaz de prestar assistência nutricional utilizando-se das competências clínica, técnico- operacionais e relacionais, à pacientes adultos com graves disfunções de saúde, em condições críticas ou de instabilidade, que necessitam de assistência de alta complexidade, admitidos nas emergências dos hospitais e unidades de terapia intensiva gerais ou de especialidades, assim como na reabilitação pós alta.. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Nutrição.
Fonoaudiologia	Ser capaz de reconhecer, avaliar e intervir na prevenção e/ou tratamento fonoaudiológico das alterações que envolvam os sistemas respiratório, fonatório e digestório em situações de baixa, média e alta complexidade em nível da atenção básica, hospitalar e no contexto do tratamento intensivo. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Fonoaudiologia.



Fisioterapia	Ser capaz de atuar com responsabilidade e segurança com o paciente em situações clínicas grave, utilizando estratégias, meios e técnicas de avaliação e tratamento que buscam a otimização do transporte de oxigênio, contribuindo assim para prevenir, reverter ou minimizar disfunções ventilatórias, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes; podendo ainda proporcionar assistência ao paciente criticamente enfermo desde o nível domiciliar até a unidades de terapia intensiva. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Fisioterapia.
Enfermagem	Ser capaz de prestar assistência de enfermagem utilizando-se das competências clínica, técnico- operacionais e relacionais, à pacientes adultos com graves disfunções de saúde, em condições críticas ou de instabilidade, que necessitam de assistência de alta complexidade, admitidos nas emergências hospitalares, nas unidades de terapia intensiva gerais ou de especialidades, assim como na reabilitação pós alta. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que

	incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Enfermagem.
Psicologia	Ser capaz de prestar assistência psicológica utilizando-se das competências clínica, técnico-operacionais e relacionais, à pacientes adultos com graves disfunções de saúde, em condições críticas ou de instabilidade, que necessitam de assistência de alta complexidade, admitidos nas emergências hospitalares, nas unidades de terapia intensiva gerais ou de especialidades, assim como na reabilitação pós alta.. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Psicologia.
Farmácia	Ser capaz de prestar assistência farmacêutica utilizando-se das competências clínica, técnico-operacionais e relacionais, à pacientes adultos com graves disfunções de saúde, em condições críticas ou de instabilidade, que necessitam de assistência de alta complexidade, admitidos nas emergências dos hospitais e unidades de terapia intensiva gerais ou de especialidades, assim como na farmácia clínica e reconciliação medicamentosa para alta e pós alta. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Farmácia.

	<p>pacientes adultos com graves disfunções de saúde, em condições críticas ou de instabilidade, que necessitam de assistência de alta complexidade, admitidos nas unidades de terapia intensiva (UTI) gerais ou de especialidades. Além disso, espera-se que o futuro especialista seja capaz de estimular a aprendizagem e o aprimoramento da competência técnica para o exercício da profissão de profissionais da mesma área e que incentivem o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Nutrição.</p>
Fonoaudiologia	<p>Ser capaz de reconhecer, avaliar e intervir na prevenção e/ou tratamento fonoaudiológico das alterações que envolvam os sistemas respiratório, fonatório e digestório em situações de média e alta complexidade em nível hospitalar e no contexto do tratamento intensivo.</p>
Fisioterapia	<p>Ser capaz de atuar com responsabilidade e segurança com o paciente em situações clínicas grave, utilizando estratégias, meios e técnicas de avaliação e tratamento que buscam a otimização do transporte de oxigênio, contribuindo assim para prevenir, reverter ou minimizar disfunções ventilatórias, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes; podendo ainda proporcionar assistência ao paciente criticamente enfermo em unidades de terapia intensiva.</p>
Enfermagem	<p>Ser capaz de prestar assistência de enfermagem utilizando-se das competências clínica, técnico-operacionais e relacionais, à pacientes adultos com graves disfunções de saúde, em condições críticas ou de instabilidade, que necessitam de assistência de alta complexidade, admitidos nas unidades de terapia intensiva (UTI) gerais ou de</p>

especialidades.

Psicologia

Ser capaz de exercer sua atividade profissional dentro de uma unidade de cuidados intensivos de forma autônoma, crítica, científica, ética e competência assegurando a integralidade da atenção.

Outras Informações

Tipo do Programa : Multiprofissional

Ano de Criação: 2018

**Duração
do curso
em**

meses:24

Carga

horária

semanal

do curso:

60

Número

de

profissio

nais

formados

: 00

Residentes do processo

Número Atual de Residentes : 0



Anexo F



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA HC

Declaro que a pesquisa **RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO: UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E A MULTIPROFISSIONALIDADE**, conduzida pelo (a) Pesquisador (a) Acadêmico (a) **ALESSANDRA RODRIGUES MOREIRA DE CASTRO** e orientada pelo (a) Pesquisador (a) Docente **MARIA CECILIA LOREA LEITE**, recebeu pareceres técnicos favoráveis para sua execução nas dependências do hospital, das áreas profissionais envolvidas, da Coordenação de Ensino e Pesquisa Acadêmica e Junta Administrativa do HC. Outrossim, salientamos que este estudo não terá acesso aos prontuários de pacientes. Cabendo considerar que a aplicação da pesquisa está condicionada à aprovação de Comitê de Ética.

Passo Fundo, 23 de novembro de 2020.



Presidente do Hospital de Clínicas de Passo Fundo

Anexo G

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RECONTEXTUALIZAÇÃO CURRICULAR DE DOIS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE E MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL, VINCULADOS A UM HOSPITAL DE ENSINO: UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E A MULTIPROFISSIONALIDADE

Pesquisador: Alessandra Rodrigues Moreira de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40553520.3.0000.5319

Instituição Proponente: Faculdade Meridional - IMED

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.438.102

Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem como foco a política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – modalidade multiprofissional, vinculados a um Hospital de Ensino, considerados a partir da Lei nº 11.129 de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS). O objetivo principal deste projeto é analisar o processo de recontextualização do currículo desses Programas, tendo como destaque a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, a partir das percepções de coordenadores de Programas, tutores, docentes e preceptores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso. Neste estudo, participarão 18 sujeitos, pertencentes aos dois PRAPS, envolvendo 2 coordenadores de Programas, 4 docentes, 4 tutores e 8 preceptores. A amostra será intencional, na direção de contemplar os núcleos profissionais do PRAPS comuns aos dois Programas (enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia), bem como representantes de todas as categorias do PRAPS (tutores, docentes, preceptores e coordenadores de Programa) envolvidos no Programa, com exceção dos Residentes. A coleta de dados dar-se-á mediante a realização de entrevistas semiestruturadas e estudo documental (leis, resoluções, portarias ministeriais e projetos pedagógicos dos programas), analisados por meio do método de Análise Temática (AT). A teoria sociológica de Bernstein será considerada como principal referencial teórico-metodológico, na perspectiva de compreender o

Endereço: Senador Pinheiro 304
Bairro: centro **CEP:** 99.070-220
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: [REDACTED] **Fax:** [REDACTED] **E-mail:** [REDACTED]

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



Continuação do Parecer: 4.438.102

Incluindo seus respectivos currículos, e sua recontextualização nas práticas Pedagógicas dos Programas mencionados, tendo como foco principal a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade. Formalmente, não há um estudo que evidencie os caminhos que esses agentes estão tomando, nem tampouco para onde estão indo, sem indicativos claros de sua efetividade para a formação em serviço, dado o caráter de importância que historicamente o governo vem atribuindo para esta política curricular, o que denota um dos desafios da investigação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação, nível doutorado, da Universidade Federal de Pelotas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentaram-se a folha de rosto, o projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização Local.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificadas pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Caro pesquisador, o projeto foi considerado aprovado. Solicitamos, ao final do estudo, anexar na Plataforma Brasil os resultados, bem como eventuais questões éticas. O CEP IMED fica à disposição para esclarecimentos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1518253.pdf	30/11/2020 15:46:43		Aceito
Folha de Rosto	folherostoAte2.pdf	30/11/2020 15:44:18	Alessandra Rodrigues Moreira de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	30/11/2020 15:08:26	Alessandra Rodrigues Moreira de Castro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoHC.pdf	26/11/2020 16:33:54	Alessandra Rodrigues Moreira de Castro	Aceito

Endereço: Senador Pinheiro 304
 Bairro: centro CEP: 99.070-220
 UF: RS Município: PASSO FUNDO
 Telefone: [REDACTED] Fax: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



Continuação do Parecer: 4.438.102

campo da prática pedagógica e o processo de recontextualização do currículo dos Programas de Residência, áreas de concentração: Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar o processo de recontextualização da política curricular de dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade multiprofissional, vinculado a um hospital de Ensino, áreas de concentração Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência, tendo como foco principal a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, a partir das percepções dos tutores, docentes, preceptores e coordenadores de programas.

Objetivo secundário: a) analisar o Discurso Pedagógico oficial com base no texto da política curricular da Residência em Área Profissional da Saúde, no que concerne à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade; b) analisar como o Discurso Pedagógico oficial está sendo recontextualizado nos PP's dos Programas de Residência em Saúde – modalidade multiprofissional, vinculados a um hospital, quanto à interdisciplinaridade e multiprofissionalidade; c) identificar como está sendo recontextualizada a Política Curricular da Residência em Área Profissional da Saúde proposta nos PP's dos Programas estudados, no que se refere à interdisciplinaridade de acordo com as percepções de tutores, docentes, preceptores e coordenadores de Programas; d) identificar como está sendo recontextualizada a Política Curricular da Residência em Área Profissional da Saúde proposta nos PP's dos Programas estudados, no que se refere à multiprofissionalidade, de acordo com as percepções de tutores, docentes, preceptores e coordenadores de Programas; e) identificar como estão sendo recontextualizadas a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade e suas interações no currículo dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, tendo em conta as práticas pedagógicas dos tutores, docentes, preceptores e coordenadores de Programas; e) verificar possíveis diferenças nas práticas ensino-assistenciais de tutores, docentes, preceptores e coordenadores, entre Programas que ocorrem, concomitantemente, em um mesmo hospital relativo à existência ou não de uma instituição formadora.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os riscos da pesquisa são mínimos, podendo ocorrer apenas o desconforto gerado por alguma questão relacionada a entrevista. Caso isso ocorra, o entrevistado poderá encerrar a sua participação sem quaisquer prejuízos.

Benefícios: esta pesquisa tende a contribuir para a compreensão da maneira pela qual os agentes recontextualizadores estão interpretando o texto da política curricular na elaboração dos PPs.

Endereço: Senador Pinheiro 304
 Bairro: centro CEP: 99.070-220
 UF: RS Município: PASSO FUNDO
 Telefone: [REDACTED] Fax: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS

Continuação do Parecer: 4.438.102

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QUALIFICACAOALE.pdf	24/11/2020 15:48:34	Alessandra Rodrigues Moreira de Castro	Aceito
---	---------------------	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:
Aprovado**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

PASSO FUNDO, 03 de Dezembro de 2020

Assinado por:

[Redacted]
(Coordenador(a))

Endereço: Senador Pinheiro 504
Bairro: centro CEP: 99.070-220
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: [Redacted] Fax: [Redacted] E-mail: [Redacted]