

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO TEÓRICO DE CAMPO DA ÊNFASE  
ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO – RIS/GHC: CONSIDERAÇÕES SOBRE  
A FORMAÇÃO INTEGRAL**

Porto Alegre

2014

CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO TEÓRICO DE CAMPO DA ÊNFASE  
ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO – RIS/GHC: CONSIDERAÇÕES SOBRE  
A FORMAÇÃO INTEGRAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização Formação Integrada Multiprofissional em Educação e Ensino da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Monalisa da Silva Pinheiro

Porto Alegre

2014

## SUMÁRIO

1 . INTRODUÇÃO .....	4
1. OBJETIVOS .....	7
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	7
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	8
<b>3.1 O contexto da Residência Multiprofissional</b> .....	8
<b>3.2 Residência Integrada em Saúde / Grupo Hospitalar Conceição</b> .....	10
<b>3.3 Ênfase Atenção ao Paciente Crítico</b> .....	14
<b>3.4 Currículo na formação profissional em saúde</b> .....	17
<b>3.5 Formação Integral em Saúde</b> .....	19
4. METODOLOGIA.....	22
5. ANÁLISE .....	25
Quadro 1 - Lista de conteúdos teóricos R1 E R2 .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
Referências.....	32
ANEXO A.....	35

**Excluído:** Erro! Indicador não definido.

**Excluído:** 27

## 1 . INTRODUÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é o maior complexo de atenção à saúde da região sul do Brasil, dispõe cerca de 1.500 leitos para usuários do SUS de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Rio Grande do Sul. É constituído pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina. Gerencia também o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) com 12 unidades de atenção básica, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD, CAPS II e CAPSi). (BRASIL, 2013).

O grupo tem ampliado seu foco na educação desde abril de 2004, possui a certificação como Hospital de Ensino, através da portaria 1.704 do Ministério da Educação e da Saúde.

No entanto, desde 1962 possui programas de residência médica e atualmente oferece 48 programas de residência médica, absorvem 363 residentes por ano. Além disso, disponibiliza estágios, mensalmente recebe aproximadamente 500 estagiários de diferentes cursos, pelos mais diversos serviços. (BRASIL, 2013)

Em 2004 foi criada a Residência Integrada em Saúde do GHC – RIS/GHC, tendo como objetivo especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa também visa incentivar 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. (Manual RIS, 2013/1)

A residência caracteriza-se como formação pós-graduada Lato Sensu, organizando-se como formação multiprofissional em serviço com carga horária semanal de 60 horas, exige-se dedicação exclusiva. As atividades de formação são compostas de 20% de atividades de formação teórica e 80% de atividades de formação em serviço, os residentes recebem orientação docente assistencial de profissionais do GHC. (BRASIL, 2009)

A formação em serviço, desenvolvida sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, visa propiciar uma melhor atenção à saúde dos

usuários que recebem atendimento desses profissionais. Para a RIS/GHC, a integralidade é considerada fundamental, pois não se pode limitar a atenção à saúde a uma prática biologicista, desconsiderando a complexidade da vida e os diferentes modos de compreendê-la. Por esse motivo, é necessário formar profissionais capazes de entender a multiplicidade das necessidades expressas pelos usuários. (BRASIL, 2009)

Dentre os valores mais significativos para a RIS/GHC, estão os princípios SUS (universalidade, equidade e integralidade) e às diretrizes (descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e participação da comunidade). Nesse sentido, busca-se que esses princípios e diretrizes sejam experienciados nas atividades teórico-práticas dos residentes. (BRASIL, 2009)

A RIS/GHC é composta por áreas de ênfase que são constituídas por um conjunto de saberes e práticas comuns a várias profissões ou especialidades do setor da saúde e outros relacionados, denominados de campos. Os campos articulam os diferentes saberes e práticas exclusivas de cada profissão, denominados núcleos. (BRASIL, 2009)

Conforme a Portaria n.º 109/2004 da Diretoria do GHC, que criou a RIS/GHC e posterior alteração através da Portaria n.º 037/07 da Diretoria do GHC, as Áreas de Ênfase são: Saúde Mental; Saúde da Família e Comunidade; Atenção ao Paciente Crítico; Oncologia e Hematologia; Atenção Materno Infantil e Obstetrícia; Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Gestão em Saúde.<sup>1</sup>

Partindo da inserção da aluna como preceptora na Ênfase de atenção ao Paciente Crítico, núcleo Serviço Social, surgiu o interesse em realizar este trabalho de conclusão de curso. Considerando que o programa prevê a realização das atividades de reflexão teórica de campo, que são organizados pelas Áreas e Ênfase, buscando contemplar o campo de atenção à saúde no qual o residente está inserido. A Ênfase Atenção ao Paciente Crítico é composta por profissionais das seguintes áreas de formação: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e serviço social e o objetivo

---

<sup>1</sup> Anexo A – Organograma da Inserção da Residência Integrada em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição.

deste trabalho é identificar a forma de organização curricular das Atividades de Reflexão Teórica de Campo na Ênfase Atenção ao Paciente Crítico na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, considerando a formação integral em saúde.

Parte-se do tema da organização curricular das Atividades de Reflexão Teórica de Campo na Ênfase Atenção ao Paciente Crítico na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Pensando-se no seguinte problema de pesquisa: a organização curricular das Atividades de Reflexão Teórica de Campo na Ênfase Atenção ao Paciente Crítico na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar conceição corresponde à formação integral proposta pelo programa de residência.

Desta forma questiona-se se o programa capacita oferece uma formação voltada aos princípios do SUS, tais como integralidade, humanização e equidade e garantindo a especialização na área de ênfase de Atenção ao Paciente Crítico. Existe uma definição clara na organização curricular o que é comum e mínimo à todos os núcleos profissionais para se tornarem especialistas em Atenção ao Paciente Crítico? E de que forma esta organização é planejada? Baseada em quais parâmetros?

A relevância deste trabalho dar-se-á levando-se em conta a necessidade de buscar a constante reflexão e qualificação das atividades teóricas da residência objetivando-se sempre o atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS. Ressalta-se ainda que na graduação as temáticas pertinentes à Ênfase Atenção ao Paciente Crítico, na maioria das vezes, são sucintamente trabalhadas e em alguns núcleos profissionais como o Serviço Social nem mesmo de forma sucinta. Portanto o residente deverá receber o aporte teórico adequado para o melhor desenvolvimento na assistência direta ao usuário.

## **1. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a forma de organização curricular das Atividades de Reflexão Teórica de Campo na Ênfase Atenção ao Paciente Crítico na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, considerando a formação integral em saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a documentação da RIS GHC para conhecer a organização curricular das Atividades de Reflexão Teórica de Campo na Ênfase Atenção ao Paciente Crítico.
- Refletir a partir de revisão bibliográfica a correspondência da organização curricular com a proposta de formação integral.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O contexto da Residência Multiprofissional

Há 20 anos da implantação do Sistema Único Saúde (SUS) observam-se avanços quanto à ampliação do acesso à saúde, mas ainda se permanecem desafios no que se refere a mudanças efetivas no modelo assistencial, com base na integralidade da atenção. Desta forma, o trabalhador e o trabalho realizado nessa política assumem destaque nesse processo de mudanças, demarcando a importância de profissionais sintonizados com as demandas para o SUS.

A qualificação do SUS exige um processo de mudanças no trabalho em saúde, exigindo estratégias, sendo no campo da assistência e da gestão, no desenvolvimento de processos sociais direcionados à construção de uma cultura sanitária de defesa e afirmação da vida, bem como no plano da formação em saúde. Destacando-se assim, a importância da ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde, dentre as quais a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), como uma modalidade de formação que indica possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Configura-se uma modalidade de pós-graduação classificada como *lato sensu*, ocorrendo como educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Atualmente as RMS estão em processo de aprimoramento e novas regulamentações.

Esta formação de profissionais da saúde deriva da união entre os Ministérios da Educação e Cultura e o da Saúde objetivando estratégias para a formação de profissionais comprometidos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na integralidade. Estruturado na educação em serviço, as RMS prepara os profissionais de acordo com as necessidades dos campos em que estão inseridos.

Os conceitos discutidos por Campos (2000), de campo e núcleo de saberes e práticas de saúde propiciam a operacionalização da interdisciplinaridade e estruturam a organização dos programas de residência. O núcleo define-se nos saberes e práticas relacionadas a cada profissão, enquanto o campo se constitui na área de limites entre as disciplinas e as profissões, articulando os saberes e práticas comuns. Neste contexto, a interdisciplinaridade consiste em trocas entre núcleos profissionais na construção de saberes e práticas visando responder aos desafios do cotidiano do trabalho em equipe.

A RMS objetiva romper com fragmentação entre as profissões, buscando a complementaridade entre práticas e saberes distintos. Essa modalidade de formação tem-se constituído como estratégia de mudança do modelo assistencial. Estando inserida diretamente na rede de serviços e ser desenvolvida com foco no ensino e trabalho em saúde, possibilitando mudanças no modo de fazer a atenção em saúde das equipes multiprofissionais.

Da portaria que dispõe sobre a Residência Multiprofissional e define seus eixos norteadores, destaca-se a integralidade da atenção e a atuação em equipe interdisciplinar como diretrizes centrais para os processos de ensino/trabalho nas Residências, os quais necessitam estarem alicerçados em projetos pedagógicos críticos e consistentes.

Nessa perspectiva, a formação em RMS potencializa a constituição de competências e saberes compartilhados, os quais tensionam a especialização do trabalho fundada em saberes utilizados privativamente. Isto não implica a diluição da particularidade de cada trabalho, porque isso também implicaria a perda de qualidade da atenção em saúde, mas sim na aquisição de novas competências, construídas coletivamente. Essa construção passa pela preservação das atribuições profissionais, mas as competências das profissões envolvidas na equipe devem ser compartilhadas. Contudo, as ações privativas das profissões devem ser informadas por um conjunto de valores alicerçados nos princípios do SUS que o sintonizem com a produção de saúde (MERHY, 2007).

Partindo deste contexto o Programa da RMS foi apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados no SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde.

### **3.2 Residência Integrada em Saúde / Grupo Hospitalar Conceição**

A RIS/GHC foi instituída em julho do ano de 2004 a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. É uma modalidade de pós-graduação lato sensu multiprofissional, realizada em serviço, constituída por atividades de reflexão teórica, orientação técnico científica e supervisão assistencial de profissionais com qualificação profissional. O programa está alicerçado nos princípios do SUS para atenção à saúde, sendo este o suporte para esta residência. (BRASIL, 2009)

A proposta da RIS/GHC visa à formação de um profissional qualificado e preparado para trabalhar no SUS, com visão crítica que seja capaz de buscar em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade da construção de soluções aos problemas saúde do usuário e organização do serviço. (BRASIL, 2009)

A residência do GHC tem como campo de formação profissional as seguintes ênfases: Saúde Mental; Saúde da Família e Comunidade; Atenção ao Paciente Crítico; Oncologia e Hematologia; Atenção Materno Infantil e Obstetrícia; Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Gestão em Saúde.

Para Baldisserotto (2006), a proposta da RIS/GHC é que seja possível uma integração considerando a compreensão da importância da interdisciplinaridade e da humanização da atenção visando o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma concepção ampliada da realidade por parte dos profissionais em formação.

A RIS/GHC propõe a associação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diferentes formações, contrariando a visão de saúde voltada para o individual e para o biológico (BRASIL, 2009)

Os princípios orientadores do Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC, apoia-se na legislação nacional de criação e regulamentação do SUS, que delibera os parâmetros necessários para a qualificação da atenção à saúde no Brasil: integralidade, trabalho em equipe, humanização e educação permanente em saúde. Segundo o Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC, espera-se que o residente através das vivências teórico práticas desenvolva na formação a capacidade e habilidade de: dominar os conteúdos, as regras e os procedimentos da área específica do trabalho, bem como a habilidade de compreensão desse processo e o entendimento do sistema de rede das relações; auto planejar-se, visando a desenvolver flexibilidade no processo de trabalho; expressar-se e comunicar-se, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a habilidade de comunicação interpessoal; estabelecer conexões entre os conhecimentos adquiridos no mundo do trabalho e as vivências do cotidiano. (BRASIL, 2009)

Além destas habilidades e competências, deseja-se que ao longo da sua formação o profissional que ingressa na residência esteja apto a: assumir a responsabilidade sobre sua prática, tendo iniciativa, criatividade e abertura às mudanças, implicando a subjetividade na organização do trabalho; interagir com o sujeito no processo de cuidado, respeitando os princípios éticos envolvidos na atenção à saúde; compreender e indagar-se acerca da repercussão de seus atos profissionais sob os serviços e sobre as pessoas; refletir sobre a qualidade e as implicações éticas de seu trabalho, desenvolvendo autonomia de ação e compromisso social. (BRASIL, 2009)

O Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC apresenta que a formação deve capacitar os residentes a integrar o sistema de saúde, qualificando o atendimento ao usuário através da continuidade da atenção.

O processo de ensino e aprendizagem em serviço se desenvolve no período de dois anos e constitui-se por atividades de reflexão teórica com o

grupo de residentes das diferentes ênfases, por atividades teóricas específicas de campo e núcleo em cada área de ênfase e por atividades de formação em serviço.

A integração entre as ênfases ocorre em diversos momentos, um deles ocorre nos Seminários Integrados, atividade coordenada pela GEP/GHC que é organizada em quatro tópicos: Seminários de Pesquisa, Estudos de Caso, Oficinas Temáticas e Políticas Públicas.

Nos Seminários de Pesquisa, são discutidas as propostas de investigação a serem desenvolvidas no decorrer da Residência e apresentadas para conclusão do processo de formação, sendo este um dos critérios. Os Estudos de Caso problematizam os diferentes olhares ao cuidado integral no cotidiano dos serviços.

As Oficinas Temáticas discutem temáticas elencadas pelos residentes com o objetivo de aprofundar teoricamente aspectos problematizados pelos mesmos ou conhecer experiências de trabalho que vinculadas ao cuidado.

O seminário de Políticas Públicas aborda o sistema de saúde brasileiro e as diferentes políticas que subsidiam os serviços onde a formação é realizada. Existem também vivências de integração nos seminários teóricos de diferentes núcleos profissionais, que se agrupam para a discussão de temas de interesse comum entre as ênfases. Além disso, são oferecidos estágios na rede de serviços, quando os residentes de uma ênfase atuam em espaços de outro âmbito da atenção.

O programa de Residência exige o regime de dedicação integral, tendo como carga anual aproximadamente 2.880 horas com 30 dias de descanso por ano. As atividades teóricas da RIS/GHC compreendem 20% do total de carga horária de 60 horas semanais por meio de aulas expositivas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas e seminários, intercalados com a formação em serviço, estas correspondem a 80% da carga horária da Residência. Cada uma das áreas de ênfase organiza seus seminários de campo e núcleo com metodologias específicas.

O processo de avaliação é continuado, são valorizados os aspectos quantitativos e qualitativos da relação de ensino e aprendizagem, constituindo um meio e não um fim em si mesmo. A avaliação é sistematizada semestralmente compreendendo a formação em seus diferentes espaços de

inserção, tanto na perspectiva teórica quanto prática, sendo realizada por preceptores e residentes no âmbito das equipes.

Para a conclusão do processo de formação, os residentes devem ter concluído uma investigação adequada às linhas de pesquisa definidas pelo GHC considerando os eixos transversais da RIS/GHC (atenção integral educação permanente, trabalho em equipe e humanização). Estas produções são apresentadas anualmente em um evento que é realizado para apresentação e discussão da produção final dos residentes, este conta com o envolvimento dos funcionários que integram o programa e demais funcionários da Instituição, as produções são discutidas e avaliadas por convidados.

Ao receber o certificado como Hospital de o GHC e seus profissionais passaram a enfrentar novos desafios tendo de desenvolver simultaneamente ações de ensino, pesquisa e assistência. Observa-se que ainda é difícil para os profissionais perceberem a integração entre ações de ensino, de aprendizagem e de pesquisa à atenção, considerando que a assistência sempre foi a prioridade da Instituição como prestadora de serviços à saúde.

Esta dificuldade é ratificada nos processos avaliativos do programa realizados anualmente por todos os residentes, trabalhadores e gestores envolvidos com o processo. Os aspectos abordados apontam o efeito da inserção da Residência nos serviços como uma estratégia de desestabilização das práticas instituídas nas equipes e a necessidade de abertura para o olhar ampliado, buscando a capacitação permanente por parte dos profissionais que realizam a preceptoria. Nestas oportunidades, os preceptores refletem sobre sua qualificação e identificam as necessidades de aperfeiçoamento em relação ao processo de ensino e pesquisa. Uma das propostas a esta necessidade foi a parceria entre o GHC e a Faculdade de Educação da UFRGS para a realização do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, do qual participaram profissionais contratados diretamente envolvidos com a preceptoria ou com o desejo e a possibilidade de exercício futuro desta função.

Destacam-se ainda outros convênios que têm sido firmados com instituições de Ensino Superior, nos quais está prevista a realização de atividades pedagógicas relacionadas à pesquisa e ao ensino voltadas para preceptores e orientadores de serviço, bem como é incentivado o ingresso em

cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado por meio da Política de Liberação para Cursos de Pós-Graduação. O investimento destes profissionais na qualificação de suas atividades de docência demonstra uma grande responsabilização em relação ao lugar que ocupam na formação de novos profissionais para o SUS.

Considerando estas ações é possível perceber um avanço na capacidade de diálogo, na ampliação da compreensão da realidade e nas possibilidades educativo participativas do trabalho em saúde desenvolvido com usuários, residentes e preceptores envolvidos com a RIS/GHC (Baldisserotto et al., 2006).

Desta forma conclui-se que o desenvolvimento da formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde para ampliação do olhar dos trabalhadores sobre o mundo do trabalho em saúde assume uma alta relevância, considerando a diversidade dos contextos brasileiros. Sabe-se que a partir das conjunções produzidas e dos atravessamentos que as compõem é que vão se desenhando novas ações de saúde, tecnologias de cuidado e políticas de gestão (Pasini, 2010).

### **3.3 Ênfase Atenção ao Paciente Crítico**

De acordo com a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (2005), a Terapia Intensiva pode ser considerada uma especialidade recente. Sua implantação e implementação em nível nacional foi lento e embasado pelas práticas americanas na área da atenção à saúde. A alta tecnologia e capacitação necessariamente diferenciada desta área assistencial alertaram grupos farmacêuticos, fornecedores de tecnologia médico-hospitalar e grupos hospitalares.

Destaca-se que em um período relativamente curto disseminaram-se Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) ou Centros de Tratamento Intensivo (CTIs), locais de grande especialização e tecnologia, identificados como espaços laborais destinados a profissionais médicos e de enfermagem com grande diferenciação de conhecimento, grande habilidade e destreza para a

realização de procedimentos que, muitas vezes, representam a diferença entre a vida e a morte.

Diante disso, discutem-se as dificuldades em prestar uma assistência de qualidade na área de terapia intensiva. As Unidades de Tratamento Intensivo são avaliadas e credenciadas predominantemente por características tecnológicas, de engenharia, pela organização de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros.

A inserção destas unidades de forma qualificada no processo assistencial seja no âmbito da instituição hospitalar que a comporta, seja no âmbito do próprio sistema de saúde que utiliza seus serviços é geralmente tangenciada.

Neste sentido entende-se a importância da incorporação de mecanismos regulatórios assistenciais na área da terapia intensiva. Estes baseiam-se na concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo. (BRASIL, 2005)

Esta Regulação Assistencial deve apontar a necessidade de que, a partir de instrumentos e definições previamente estabelecidos, o poder público se capacite para responder com presteza às demandas de saúde diretamente ou indiretamente vinculadas ao tratamento de pacientes críticos/potencialmente críticos, envolvendo e articulando o atendimento pré-hospitalar móvel e não móvel, as estruturas assistenciais hospitalares pré-UTI/CTI (unidades de urgência/emergência hospitalares, enfermarias, centro obstétrico, centro cirúrgico, unidade de hemodinâmica) e pós-UTI/CTI (enfermarias, hospitais de contra-referência) e a internação domiciliar. (BRASIL, 2005)

Buscam-se assim formas de qualificar a alternativa terapêutica do momento de acordo com as necessidades do usuário, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade assistencial e de acordo com os pressupostos da regionalização, hierarquia resolutiva progressiva, referência e contra-referência e disponibilidade assistencial.

A terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os espaços assistenciais. Sendo

assim possível a proposição de uma real política de atendimento ao paciente crítico, de se discutir o aperfeiçoamento da atuação das unidades de tratamento intensivo e de seus profissionais, visando a concretização de uma qualificação assistencial integral e universal, de acordo com o princípio da equidade assistencial.

Torna-se necessária a abertura das concepções assistenciais em terapia intensiva, tradicionalmente fechadas e restritivas sobre as demais unidades dos hospitais, ampliar conceitos na perspectiva concreta de que mudanças qualificadoras devem ser discutidas e operacionalizadas. Estas objetivam a ampliação da oferta e garantia do acesso aos que não alcançam a terapia intensiva.

Desta forma, pressupõe-se que um sistema de atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a articulação de uma rede assistencial (hospitalar e extra-hospitalar) que atue de forma organizada no sentido de oferecer ao usuário uma atenção qualificada e humanizada incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral.

Sendo assim, faz-se necessária e obrigatória uma interface pactuada e integrada às diretrizes conceituais e operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde através das Portarias GM nº 1863, 1864 e 2048 de 2003 que versam sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, incluindo a implantação e implementação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação, bem como a elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências. (BRASIL, 2005)

Destaca-se neste contexto a importância dada à política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico que ultrapasse a tradicional preocupação tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais aqui abordados. Esta formação e qualificação devem estar vinculadas à política global de recursos humanos para a saúde incorporando vertentes específicas para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico junto aos já previstos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos

qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS. (BRASIL, 2005)

Neste sentido alerta-se para a atenção interdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico devendo compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social.

Neste íterim que se insere a Ênfase Atenção ao Paciente Crítico da RIS/GHC que apresenta como objetivo especializar profissionais de saúde para trabalhar na atenção às demandas de saúde diretamente ou indiretamente vinculadas ao tratamento de pacientes críticos/potencialmente críticos, buscando a formação de recursos humanos qualificados para a atenção a complexidade progressiva dos usuários no SUS. Dispõe como público alvo profissionais graduados em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social.

### **3.4 Currículo na formação profissional em saúde**

A diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais da saúde apontam para o delineamento de um novo paradigma para a formação, rompendo com a tradição mecanicista e buscando propostas que favoreçam uma abordagem integrada, complexa e global do conhecimento. Para Morin (2003), as realidades e as situações que se colocam cotidianamente estão cada vez mais multidimensionais e globais, enquanto os saberes estão cada vez mais divididos, desunidos, compartimentados e fragmentados.

Apesar de conquistados indiscutíveis avanços nos conhecimentos disciplinares estes estão dispersos, em decorrência da hiper especialização que muitas vezes fragmenta os contextos, as globalidades e as complexidades. (MORIN, 2003)

Destaca-se que currículo por disciplinas, tem como influência as ideias cartesianas que propõe que para algo ser conhecido é necessário decompô-lo em partes para torná-lo mais simples e reconstruí-lo novamente a partir do encadeamento lógico, do simples para o complexo. No entanto Santomé (1998)

alerta que quanto maior a compartimentação dos conteúdos, mais difícil será sua compreensão, pois a realidade torna-se menos precisa.

Beane (2003), alerta que o conhecimento quando é visto como uma simples coleção de fragmentos e retalhos de informação e destrezas organizadas por disciplinas separadas, a sua utilização e o seu poder estão confinados pelas suas próprias fronteiras, e, por isso mesmo, diminuídos.

Conforme discute Keller-franco (2012), o ensino superior brasileiro tem evidenciado uma concepção conservadora de ensino, ancorado no paradigma curricular racionalista acadêmico ou técnico-linear disciplinar, que retoma a origem importada dos contextos europeus. Esse enfoque curricular tem como alguns dos seus aspectos a falta de integração entre as disciplinas, lógica linear, subordinação aos programas das culturas dominantes, afastamento dos problemas imediatos do contexto sócio-ambiental e pequena participação dos alunos no processo ensino-aprendizagem.

Desta forma abordagem curricular integrada tem sido discutida e considerada de extrema importância para qualificar o ensino superior e destaca-se a formação na área de saúde.

De acordo com Silva (2007), o currículo integrado é apresentado por Basil Bersntein que distinguia duas formas de estruturar o currículo: o currículo coleção e o currículo integrado. No primeiro, as áreas e campos de conhecimento são mantidos isolados. Não há permeabilidade entre as diferentes áreas de conhecimento. Já no currículo integrado, as distinções entre as diferentes áreas de conhecimento são menos nítidas. Esta organização curricular corresponde a um princípio abrangente ao qual se subordinam todas as áreas que o compõem.

O currículo integrado busca articular teoria e prática sem fragmentação, tornando o conhecimento integrado e interdisciplinar. Para a efetivação desta proposta é necessário uma mobilização com uma ação docente integrada, fazendo um trabalho em conjunto, de forma a orientar as estratégias a serem utilizadas pelo curso.

De acordo com Santomé (1998), no desenvolvimento do currículo as diferentes áreas do conhecimento e experiência deverão entrelaçar-se, complementando-se e reforçando-se para contribuir de forma eficaz e significativo com o trabalho de construção e reconstrução do conhecimento.

Objetiva-se estimular a participação ativa, o compromisso, a reflexão crítica e a contextualização da realidade, permitindo assim diferentes visões da realidade, estabelecendo a humanização do conhecimento.

Sendo assim, a pretensão por uma educação globalizadora e democrática, voltada para a formação de profissionais, cidadãos críticos, reflexivos e transformadores, abre possibilidades para uma abordagem curricular integradora, comprometida com a integração do conhecimento e a significatividade da aprendizagem.

### **3.5 Formação Integral em Saúde**

De acordo com as propostas dos programas de Residência Multiprofissional, inclusive a do GHC a formação na Residência necessita dialogar e contribuir com a afirmação da integralidade, tanto nos níveis de atenção do SUS como na gestão em saúde. A integralidade sugere uma abordagem totalizante das necessidades e da atenção em saúde, o que se desdobra na análise e intervenção sobre a relação entre demandas, as necessidades de saúde e ofertas de serviços; a reorganização dos processos de trabalho das equipes; a busca pela interdisciplinaridade; a relação profissional usuário; a articulação com os diversos níveis de atenção; ações que ultrapassem o enfoque curativo; os modelos assistenciais e a gestão dos serviços e políticas.

A integralidade na formação em RMS se expressa no processo de formação em equipe diretamente nos serviços de saúde. Dessa forma, as experiências formativas na RMS precisam ter como eixo a integração de saberes e práticas entre os trabalhadores da saúde, de modo que sejam construídas competências compartilhadas na formação em equipe, voltada para a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade enquanto processo e movimento de sínteses e totalizações provisórias na apreensão e intervenção da realidade deve partir da reflexão sobre as necessidades sociais postas no cotidiano do trabalho, as quais demandam ações que transcendem os conhecimentos de uma área

específica propondo a integração de saberes e a construção de competências compartilhadas.

O trabalho em equipe que objetiva a interdisciplinaridade parte da perspectiva de que cada trabalho de qualidade particular se insere em um processo de trabalho coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes que ampliam a resolutividade das ações em saúde. Desta forma, os trabalhadores precisam conhecer a particularidade de cada trabalho, reconhecendo o seu fazer em cada situação demandada pela população.

Nessa perspectiva, a formação em RMS potencializa a constituição de competências e saberes compartilhados, provocando a especialização do trabalho fundada em saberes utilizados privativamente. Essa construção preserva as atribuições profissionais, mas as competências das profissões envolvidas na equipe devem ser articuladas. Entretanto, as ações privadas das profissões devem ser informadas por um conjunto de valores sintetizados nos princípios do SUS que o sintonizem com a dimensão cuidadora na produção de saúde (MERHY, 2007).

Portanto, a formação da RMS engloba tanto a qualificação de cada trabalho por núcleo profissional quanto a qualificação do trabalho na área de ênfase em saúde. A inserção e o trabalho em equipe multiprofissional necessitam articular tanto as ações relativas a cada profissão, como também as ações coletivas, resultando em um processo de ensino-aprendizagem-trabalho voltado para a construção de mudanças na atenção em saúde e na gestão dos serviços. Trata-se, assim, de apreender as exigências que o processo de qualificação do SUS coloca para o trabalho coletivo em saúde, em especial na ênfase em dadas áreas do sistema, conforme a área de concentração do programa e também para o trabalho de cada profissão.

Podemos também retomar os apontamentos de Cecílio (2006) sobre a integralidade, que destaca que ela pode ser discutida tanto em uma dimensão ampliada, no plano do conjunto do Sistema, como também numa dimensão focalizada, no plano de dado serviço e equipe de saúde. O autor aponta que o atendimento integral às necessidades de saúde não se realiza somente no âmbito de um serviço de saúde, mas sim deve ser pensado e efetivado através da articulação entre os demais níveis do sistema e do acesso a serviços e

políticas para além do setor saúde, objetivando a ampliação da qualidade de vida dos usuários.

No espaço do serviço de saúde, de acordo com Cecílio (2006), a integralidade destina-se ao movimento empreendido pela equipe, no contato profissional-usuário, qualificando a escuta e o atendimento das necessidades de saúde, frequentemente apresentando-se como demandas simplificadas pela oferta dos serviços. Para o autor é importante que se invista na articulação de saberes das equipes multiprofissionais, na organização e capacitação dessas equipes, visando a ampliação da escuta e atenção às necessidades de saúde.

Partindo dos pressupostos acima, pode-se identificar que a integralidade em saúde possui como eixos de materialização a intrasetorialidade, a intersetorialidade e interdisciplinaridade, dimensões fundamentais para serem desenvolvidas como experiências de formação nas RMS, bem como a serem exploradas na atuação dos profissionais da saúde.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Com a finalidade de analisar a forma de organização curricular das Atividades de Reflexão Teórica de Campo na Ênfase Atenção ao Paciente Crítico na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição optou-se pela realização de um estudo qualitativo e exploratório, do tipo pesquisa documental. Para Gil (2006) pesquisa exploratória proporciona maior aproximação ao problema com o objetivo de explicitá-lo ou construir hipóteses, a fim de aprimorar idéias, identificar intuições e estimular a compreensão.

De acordo com May (2004) a análise documental configura-se como um procedimento que fornece informações sobre o fenômeno de forma contextualizada, por meio de registros que apresentam histórias, normas, regras e descrições de práticas sociais. Este método de pesquisa possibilita a identificação dos conteúdos temáticos de um documento, favorecendo o desmembramento em unidades de análise que contribuem para a apreensão dos significados da produção.

Destaca-se que diferentes áreas do conhecimento trabalham com a análise de documentos, promovendo a organização de uma estrutura teórico-metodológico variada, o qual contribui com conhecimentos acerca dessa prática investigativa e imprime um caráter interdisciplinar aos estudos. Tais registros se tornam fontes relevantes para uma compreensão dos fenômenos em foco, de modo situado histórica e geograficamente. Para Corsetti (2006) os procedimentos utilizados na análise de documentos dependem das questões propostas pelo estudo, que devem contribuir para a problematização das informações contidas no material escrito.

## **4.2 Coleta e Análise dos Dados**

Foram incluídos no presente estudo, documentos que normatizam a RIS/GHC e a ênfase Atenção ao Paciente Crítico da RIS/GHC. Para alcançar os objetivos desta pesquisa foram analisados os seguintes documentos: Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC (2009) e Plano de Ensino – Ênfase Atenção ao Paciente Crítico (2013). Inicialmente realizou-se a busca de documentos que respondessem às questões desta pesquisa. Em seguida foi realizada uma leitura do material elencando pontos importantes, aspectos comuns e divergentes das informações contidas nos textos. A análise dos dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo do tipo “temática” como descrita por Minayo (2006). Utilizou-se a categorização dos dados obtidos de maneira qualitativa a partir da leitura do material empírico, as unidades de registro foram codificadas de acordo com o local e agrupadas de acordo com a pertinência aos temas.

## **4.3 Aspectos Éticos**

Os dados documentais foram analisados a partir da concordância da Coordenação da Residência Integrada em Saúde do programa. Se tratando de uma pesquisa documental e, portanto, excluir a participação direta de seres humanos, o presente trabalho não necessitou ser submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa não sendo necessário o encaminhamento para Comitê de Ética em Pesquisa GHC. A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora. Os dados obtidos durante a análise dos documentos serão utilizados apenas para fins acadêmicos.

#### **4.4 Divulgação dos Dados**

O estudo será apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Formação Integrada Multiprofissional em Educação e Ensino da Saúde. Posteriormente, poderá ser também publicado em periódico da área de interesse, bem como apresentado em meios acadêmicos como congressos, jornadas, seminários, etc.

Ao finalizar do estudo pretende-se entregar um exemplar da pesquisa concluída à Coordenação da Residência Integrada em Saúde e ao Centro de Documentação do GHC para consulta de interessados.

## 5. ANÁLISE

Conforme o objetivo do trabalho foram analisadas as atividades teóricas de ênfase que se configuram em atividades comum a todos os núcleos profissionais vinculados à ênfase em Atenção ao Paciente Crítico, na qual os temas abordados visam apresentar o campo teórico-conceitual cujos pressupostos norteiam a atuação nessa área de cuidados à saúde. O referencial principal utilizado é relacionado à Terapia Intensiva, realizando interfaces com as políticas contemporâneas brasileiras na área, especialmente às Redes de Atenção à Saúde em Urgências e Emergências.

Entende-se que a construção de conhecimento pode se dar fundamentalmente a partir das experiências e de uma prática reflexiva do trabalho, considera-se o conceito do trabalhador implicado discutido por Ceccim (2004): o trabalhador implicado é aquele que é protagonista efetivo do processo de trabalho e de educação, o trabalhador passa a ocupar um lugar de sujeito engajado nas transformações, comprometido com o trabalho, envolvido com o processo de gestão e atenção à saúde. Esta idéia é complementada por Merhy (2004), que a pedagogia da implicação é inseparável do desafio que é a educação permanente. Os autores destacados reconhecem ainda o sujeito implicado como aquele que é auto-determinado e comprometido sócio-historicamente com a construção e defesa da vida.

O processo de formação profissional motiva discussões e reflexões, sendo de fundamental importância e entendimento deste processo podendo determinar o campo de intervenção e de trabalho. A estrutura da construção do conhecimento que se dá no período de formação acontece como transmissão do conhecimento científico e, muitas vezes, está distante da necessidade do conhecimento exigido para o exercício profissional (RIBEIRO, 2006).

Sendo assim, articular o conhecimento teórico com a prática pode ser um grande desafio pedagógico (RIBEIRO, 2006). Ceccim (2005), aponta como relevante e necessária a construção de canais de comunicação com a produção do conhecimento por estudantes e movimentos populares. Merhy (2004), desconsidera a separação dos termos educação em saúde e trabalho em saúde e, ainda, refere que esta relação impacta na construção da

competência do profissional. O trabalhador deve se colocar como sujeito ético-político produtor do cuidado e responsável por ele.

A partir disso, considera-se cada vez mais a necessidade de articulação entre a produção do conhecimento acadêmico e a prática do processo de trabalho. Inclusive Ribeiro (2006), indica o estabelecimento de uma tríade que deveria relacionar: a produção do conhecimento, a utilização deste conhecimento produzido no contexto profissional e a Educação Permanente em Saúde.

O desenvolvimento profissional é construído não só pelo conhecimento científico tradicional, mas também por meio da experiência e como esta é adquirida. Cada sujeito percebe e vive as experiências de maneira individual, no entanto o conhecimento gerado pela experiência vivenciada pode ser compartilhado e muda de acordo com a situação e contexto (RIBEIRO, 2006).

A partir da análise é claro o entendimento de que estas atividades de reflexão teórica contribuem para o aprendizado e estimulam o residente ir em busca de conhecimento. As atividades de reflexão teórica de campo devem oportunizar aprendizado tanto ao residente como ao profissional orientador, portanto, deve ser um momento de construção de conhecimento para ambos, porém, os atores envolvidos neste processo ainda carregam consigo o modelo tradicional de ensino-aprendizagem por transmissão, quando deveriam ter o entendimento e colocar em prática o conceito da Educação Permanente em Saúde:

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (...) se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. (...) pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, 2009).

É importante considerar o estímulo que é aplicado aos residentes em participar destas aulas, seja pelos temas ou pela qualidade das aulas. Considera-se à falta de organização de algumas aulas, a pouca participação de

alguns preceptores, à falta de continuidade dos temas e à repetição de conteúdos. Talvez uma proposta fosse a integração das aulas com outros programas de residência a fim de qualificar e buscar uma abordagem mais multiprofissional, já que algumas aulas são demasiadamente focadas em determinados núcleos profissionais.

Entende-se que a proposta pedagógica da residência deve afastar-se do modelo tradicional da pedagogia da transmissão e que o residente também deve ser responsável pela construção do seu conhecimento. Nesse sentido, percebe-se a importância da implicação do residente no processo ensino-aprendizagem, responsável pela busca e construção do saber. A partir desta discussão dentro da ênfase de Atenção ao paciente Crítico, os residentes passaram a participar da elaboração do cronograma teórico, pensar em cursos complementares necessários à formação e também ser facilitadores de algumas reflexões teóricas.

No quadro a seguir apresentam-se os temas que estão descritos no Plano de Ensino da ênfase Atenção ao Paciente Crítico.

Apresentação do plano de ensino da ênfase em APC	Cuidados paliativos
Atuação de núcleos profissionais no cuidado do paciente crítico: enfermagem e serviço social	Luto, morte e terminalidade: abordagem da família, do paciente e da equipe assistencial
Atuação de núcleos profissionais no cuidado do paciente crítico: fisioterapia e farmácia	Saúde do trabalhador: profissionais envolvidos no cuidado de pacientes críticos
Atuação de núcleos profissionais no cuidado do paciente crítico: fonoaudiologia e nutrição	Qualidade de vida do paciente crítico
Controle de infecção	Usuários pacientes críticos em situações de violência
Semiologia – avaliação do paciente adulto em UTI	Atenção pré-hospitalar ao paciente potencialmente crítico
Semiologia – avaliação pediátrica e neonatal	Atenção pós-hospitalar ao paciente crítico/cuidado domiciliar no paciente potencialmente crítico

QUADRO 1- Lista de Conteúdos R1 e R2. Fonte: Mello, C. F. Q.. **O Processo de Formação Teórico de Campo da Ênfase Atenção ao Paciente Crítico – RIS/GHC: Considerações sobre a Formação Integral** . Porto Alegre, 2014.

Escores de gravidade em pacientes críticos (Apache, Sofa, Saps)	Patologias prevalentes em atenção ao paciente crítico
Estudos de casos multiprofissionais: abordagem em paciente neurológico (AVC)	Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico
Estudos de casos multiprofissionais: abordagem em paciente oncológico (leucemia)	Regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia intensiva
Estudos de casos multiprofissionais: abordagem em paciente cirúrgico	Regulamento técnico de funcionamento dos serviços de urgência e emergência - acolhimento e classificação de risco
Estudos de casos multiprofissionais: abordagem em paciente vítima de violência	Registros de informações em pacientes críticos
Estudos de casos multiprofissionais: abordagem em paciente com sepse	Relações "custo x benefício" e "custo x efetividade" em saúde
Estudos de casos multiprofissionais: abordagem em paciente crítico crônico (DPOC)	Terapêuticas de alto custo
Estudos de casos entre ênfases: usuário em cuidados pela ênfase em Bucomaxilofacial	Impacto sócio-econômico de cuidados em pacientes críticos
Estudos de casos entre ênfases: usuário em cuidados pela ênfase em Oncologia e Hematologia	Regulação dos serviços de atenção ao paciente crítico - referência e contra-referência
Estudos de casos entre ênfases: usuário em cuidados pela ênfase em Saúde Mental	Auditorias e acreditação em atenção ao paciente crítico
Estudos de casos entre ênfases: usuário em cuidados pela ênfase em Gestão	A pesquisa clínica em atenção ao paciente crítico (ferramentas de pesquisa)
Estudos de casos entre ênfases: usuário em cuidados pela ênfase em Atenção Materno infantil e Obstetrícia	Bioestatística em atenção ao paciente crítico
Estudos de casos entre ênfases: usuário em cuidados pela ênfase em Saúde da Família e Comunidade	Epidemiologia em atenção ao paciente crítico
Interdisciplinaridade no trabalho em equipe multiprofissional	Tipos de estudo em atenção ao paciente crítico
Trabalho em equipe multiprofissional - clínica ampliada em paciente crítico	Leitura crítica de artigos
Trabalho em equipe multiprofissional - linhas de cuidado em paciente crítico	Ética em pesquisa clínica
Aspectos psíquicos do paciente crítico	

QUADRO 1- Lista de Conteúdos R1 e R2. Fonte: Mello, C. F. Q.. **O Processo de Formação Teórico de Campo da Ênfase Atenção ao Paciente Crítico – RIS/GHC: Considerações sobre a Formação Integral** . Porto Alegre, 2014.

De acordo com o quadro acima se identifica que existe uma preocupação em contemplar todos os núcleos profissionais, mas o grande desafio é de existir uma articulação entre elas. Observa-se que em muitos momentos as atividades que são mais específicas de determinada profissão acabam despertando menos interesse nas demais, fato este que se atribui a dificuldade em abordar os temas de forma multidisciplinar. Além disso, o programa não dispõe de um corpo docente para ministrar esta atividade e os docentes convidados muitas vezes desconhecem a proposta da residência e ministram seus conteúdos de acordo com as experiências que já vivenciaram. Já se o programa contasse com uma equipe de docentes os conteúdos poderiam ser articulados proporcionando assim um aprendizado mais qualificado aos residentes.

Destaca-se que não existe uma Matriz Curricular na ênfase, apenas a disposição de alguns conteúdos o que acaba fragilizando o processo de educação relacionado aos conhecimentos comuns entre os núcleos profissionais. Neste contexto, sugere-se a proposição de uma didática que possibilite relacionar a teoria com a prática que estimule e contribua para a construção do conhecimento, fazendo com que esse residente se sinta envolvido e implicado no processo ensino-aprendizado.

Pode-se perceber que, através de uma metodologia diferenciada que propicie a reflexão e discussão da prática, o residente valorize e se sinta envolvido no processo educativo. Os profissionais envolvidos, seja ele orientador ou preceptor devem assumir o papel de incentivador e fazer com que o residente se sinta implicado. Estes devem estar dispostos a ensinar, mas também a aprender e utilizar-se de metodologias que facilitem a reflexão e discussão da prática. Estas estratégias podem contribuir para envolver o residente no aprendizado tornando-o um sujeito implicado que segundo Merhy (2010) é “sujeito interessado que dá valor a certas coisas não a outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras”.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que na formação da residência, a construção do conhecimento se dá em variadas oportunidades e vai além das atividades de reflexão teórica e de formação em serviço. A partir da leitura do material e análise destes documentos, foi possível perceber como estão sendo organizadas as atividades teóricas de campo da ênfase Atenção ao Paciente Crítico.

Conforme exposto a ênfase não dispõe de uma Matriz Curricular e que está construção perpassa algumas questões que deveriam discutidas entre os atores envolvidos no processo de residência. Questionamentos como: o que ensinar? De que forma ensinar? O que realmente estes profissionais precisam ter conhecimento? Estas são dúvidas que podem ser esclarecidas com maior eficácia através da construção de uma matriz curricular, elaboração essa realizada coletivamente.

É fundamental que se exclua a idéia de que o seja apenas uma lista de disciplinas e conteúdos a serem cumpridos, sendo construídos de forma aleatória sem fundamentação coerente. É necessário que os profissionais pertencentes ao processo educativo, saibam o quanto essa experiência de construção da matriz curricular de forma coletiva se torna rica, porém, depois de construída, dever ser compreendida e adaptada de acordo com a realidade de cada escola.

Essa proposta, apesar de ser um processo demorado e complexo que exige muito de todos, já está sendo colocando em prática, proporcionando uma evolução significativa a nível profissional e, conseqüentemente, gerando resultados positivos no processo de ensino e aprendizagem dos alunos.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a discussão e organização das atividades teóricas de ênfase e também propiciar a reflexão para os profissionais que estão envolvidos e acreditam no processo formativo da residência. Além disso, a construção deste trabalho poderá estimular a realização de outras pesquisas considerando a diversidade de informações aqui surgidas sobre o processo educativo na RIS/GHC e a necessidade de

seguir a discussão e debate do ensino-aprendizado no setor saúde na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

## Referências

BALDISSEROTTO, J. et al; *Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.* \_ In: Brasil. Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços, desafios.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BORRIONE, R., & CHAVES, A.M. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. *Revista Estudos de Psicologia*, 21 (2), 17-27.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Manual do Estudante 2013/1.* Disponível em <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/publicacoes/manual%20do%20estudante%202013-1-web.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC, 2009.* Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/risprojeto.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Unidades. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=2>> Acesso: 12 ago. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. *Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico.* Portaria MS 1.071 de 04 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5. n. 2, 2000.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface –Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. *Inventando a mudança na saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Corsetti, B. (2006). A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa no programa de pós-graduação em educação da Unisinos. *Unirevista*, 1 (1), 32-46.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

KELLER-FRANCO, E. *Currículo por projetos: inovação do ensinar e aprender na educação superior*. Dissertação (Mestrado em Educação: Currículo) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.

May, T. (2004). *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

MERHY E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*. Texto disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#capitulos>>. Acesso em 20 nov 2013.

MERHY, E.E. *O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação*. Interface –Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16,p. 161-77, set.2004/fev.2005.

MINAYO M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MORIN, E. *Os setes saberes necessários à educação do futuro*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

PASINI, V.L. *Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. Tese Doutorado em Psicologia), Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde –Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

RIBEIRO, E. C. O. *Educação Permanente em Saúde*. In: MARINS, J. J. N. et al. *Educação Médica em transformação*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SANTOMÉ, J. T. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, T. T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

Spink, P. (2003). Análise de documentos de domínio público. In M.J.P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp.123-151). 3ªed. São Paulo: Cortez.

## ANEXO A

