

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento^a

Silvia Regina FERREIRA^b

Agnes OLSCHOWSKY^c

RESUMO

A residência integrada em saúde (RIS) tem sido estimulada pelo Ministério da Saúde a fim de contribuir na construção de novos fazeres e saberes que permitam uma atenção mais humanizada e integral por meio da interdisciplinaridade. Foi realizada uma investigação que teve como objetivo analisar, de forma participativa, a RIS da área de ênfase do intensivismo do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Neste artigo, apresentamos a integração entre as diferentes áreas de conhecimento na RIS. Trata-se de estudo analítico, descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Na coleta de dados utilizamos o Círculo Hermenêutico Dialético da Avaliação de Quarta Geração e para análise de dados, os passos: ordenamento dos dados, classificação dos dados e análise final. Os resultados indicam que a integração é construída, depende das características do indivíduo, do processo de trabalho, é dificultada pela centralidade do trabalho no médico e diferentes idéias, filosofias e problemas dos serviços.

Descritores: Internato e residência. Prática profissional. Relações interprofissionais. Serviços de saúde.

RESUMEN

La residencia integrada en salud (RIS) ha sido estimulada por el Ministerio de la Salud a fin de contribuir en la construcción de nuevos quehaceres y saberes que permitan una atención más humanizada e integral por medio de la interdisciplinaridad. Fue realizada una investigación que tuvo como objetivo analizar, de forma participativa, la RIS del área de énfasis de los intensivistas del Grupo Hospitalario Conceição en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. En este artículo, presentamos la integración entre las diferentes áreas de conocimiento en la RIS. Se trata de un estudio analítico, descriptivo con abordaje cualitativo de tipo estudio de caso. En la recolección de datos utilizamos el Círculo Hermenéutico Dialéctico de la Evaluación de Cuarta Generación y para análisis de datos los pasos: ordenamiento de los datos, clasificación de los datos, análisis final. Los resultados indican que la integración se construye, dependiendo de las características del individuo, del proceso de trabajo, se dificulta por la centralización del trabajo en el médico y diferentes ideas, filosofías y problemas de los servicios.

Descriptorios: Internado y residencia. Práctica profesional. Relaciones interprofesionales. Servicios de salud.

Título: Residencia integrada en salud: la integración entre las diferentes áreas de conocimiento.

ABSTRACT

Health Integrated Residency (RIS) has been stimulated by the Health Ministry in order to contribute to the development of new knowledge and practices which allow a more humanized and broader attention through interdisciplinarity. An investigation was carried out with the purpose of analyzing the Intensivist RIS area at Conceição Hospitalar Group in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. In this article we present the different areas of knowledge at RIS. It was an analytical and descriptive case study with a qualitative approach. For data collection, the Dialectic Hermeneutic Circle of Evaluation from the Fourth Generation was used. For data analysis the following steps were carried out: data ordering, data classification and final analysis. Results indicate integration is built up; however, it depends on features associated with individuals and workflow. It is hindered by the centrality in physicians' activity as well as diverse ideas and philosophies and service setbacks as well.

Descriptors: Internship and residency. Professional practice. Interprofessional relations. Health services.

Title: Health integrated residency: interaction of different fields.

^a Artigo extraído da dissertação de Mestrado apresentada em 2007 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

^b Mestre em Enfermagem. Professora do Centro Universitário Metodista do Sul. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFRGS.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) é o Sistema Único de Saúde (SUS), originário da Reforma Sanitária Brasileira, movimento de resistência ao complexo médico industrial e ao modelo de formação hospitalocêntrico, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico⁽¹⁾.

O SUS, enquanto modelo, busca imprimir uma visão ampliada às questões da saúde, porém, mesmo que esse sistema tenha sido legalizado há quase vinte anos, a lógica de assistência à doença e a fragmentação do ensino em diferentes disciplinas associadas à crescente especialização da área da saúde tem dificultado a implementação desse sistema, que entre suas diretrizes preconiza a integralidade na atenção em saúde.

Por esse motivo, a Residência Integrada em Saúde (RIS), tem sido estimulada pelo MS desde 2003, contrapondo-se ao ensino de práticas exclusivamente curativas, enfatizando o trabalho interdisciplinar, contribuindo na construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população por meio do trabalho interdisciplinar.

Ao falarmos em “Residência Integrada”, pensamos em integração entre o trabalho e educação, as diferentes profissões, as diferentes áreas de conhecimento e entre o ensino, serviço e gestão. Essa modalidade de ensino em serviço pretende estimular o diálogo, buscando romper com o “especialismo” na saúde e estimulando a integração entre os diferentes saberes e fazeres. A RIS busca o trabalho coletivo, ressaltando a necessidade de valorização da multiprofissionalidade nos processos, propondo uma ruptura com a visão reducionista, entendida como “corporativo-centrado” para o eixo “usuário-centrado”⁽²⁾.

O objeto de estudo desse artigo é a RIS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma instituição de saúde localizada na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul.

O GHC é uma instituição vinculada ao MS e, desde 2003, atende exclusivamente usuários pelo SUS, determinando sua missão e valores de acordo com as diretrizes desse sistema, as quais compreendem a descentralização, a integralidade da atenção e a participação da comunidade, visan-

do contribuir na efetiva consolidação do SUS no Rio Grande do Sul^(3,4).

A proposta conceitual da RIS/GHC é especializar um profissional imbuído pelos princípios do SUS, tendo sua proposta de formação constituída sobre o tripé ensino-assistência-pesquisa. O programa ainda pretende preparar os profissionais de diversas profissões para atuação e trabalho em equipe de saúde. Para tanto, os mesmos deverão saber trabalhar verdadeiramente em equipe multiprofissional e interdisciplinar, buscando novas alternativas para prestar uma atenção integral em saúde^(3,4).

Historicamente, o GHC desenvolve sua função centrando suas atividades na prestação de atendimento assistencial, mesmo desenvolvendo um programa de Residência Médica desde 1962 e servindo como campo de estágio para diversos cursos da área da saúde, não tendo o ensino como uma prioridade na instituição. Na atualidade, o GHC tem entre suas diretrizes ampliar a sua responsabilidade também para a formação profissional.

A RIS/GHC foi criada mediante integração da Residência Médica com o Programa de Aperfeiçoamento Especializado para os demais profissionais da área da saúde⁽⁴⁾ e, a partir do ano de 2005, constitui-se em um programa de residência multiprofissional e interdisciplinar independente.

A nomenclatura “Residência Integrada em Saúde” é entendida equivocadamente como uma integração de outras categorias profissionais com a Residência Médica, entretanto, um programa de residência, mesmo que constituído de uma única profissão, pode ser chamado de “integrado”, pois é estruturado no estabelecimento de conexões multiprofissionais e interdisciplinares no ensino, nas aprendizagens e nos ambientes de trabalho e, assim, buscando a integração dos diferentes saberes na saúde.

Atualmente, a RIS/GHC possui três áreas de ênfase: **ênfase em Saúde da Família e Comunidade**, que contempla a formação de residentes de enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social; **ênfase em Saúde Mental**, com residentes de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional; e **a ênfase em intensivismo**, que integra a formação de residentes de enfermagem e fisioterapia.

A partir da dissertação de mestrado intitulada “Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço”, que teve como objeti-

vo analisar, de forma participativa, a RIS da área de ênfase em intensivismo do GHC, constatamos que integrar as áreas de conhecimento não é tarefa fácil, principalmente quando se pretende incluir neste processo os diferentes níveis de atenção em saúde como acontece nesse programa⁽⁵⁾.

Neste artigo, objetivamos analisar a integração entre as diferentes áreas de conhecimento na RIS/GHC, tendo em vista contribuir com as reflexões que podem subsidiar a criação e implementação de programação interdisciplinar e a integração necessária entre os diferentes atores e saberes da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa analítica, descritiva, com abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, o qual busca retratar a realidade e enfatiza a interpretação para uma apreensão e compreensão mais completa de um determinado fenômeno⁽⁶⁾.

Nesta investigação, utilizamos alguns pressupostos da Avaliação de Quarta Geração⁽⁷⁾ para coletar as informações. Esse referencial teórico metodológico, baseado no paradigma construtivista, pressupõe uma forma de avaliação voltada para a inclusão dos grupos de interesse no processo de investigação, em que as reivindicações, preocupações e os temas trazidos pelos participantes constituem o “material” do qual as análises são feitas. O termo “grupo de interesse” designa organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiárias do processo de avaliação. Há um esforço para elaborar uma análise educativa e participativa com os participantes, tornando o processo educativo e reforçando o poder de interferência dos indivíduos no seu cotidiano⁽⁷⁾.

Os residentes da ênfase em intensivismo da RIS/GHC fizeram parte do grupo de interesse escolhido para participar da investigação. Todos os residentes que estavam vinculados a este programa, no período de coleta de dados, foram convidados a participar, totalizando 12 participantes.

Na Avaliação de Quarta Geração é preconizado que, inicialmente, o pesquisador entre em contato com o campo, apresentando e discutindo a proposta de pesquisa, ganhando o direito de entrada e o engajamento dos participantes. Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem dos seus problemas, é necessário que o pesquisador

interaja com eles. Por meio do Circulo Hermenêutico Dialético são realizadas as entrevistas nos grupos de interesse e é desenvolvido o processo avaliativo a partir das construções originadas em cada entrevista. Essas construções podem ser ampliadas com informações adicionais a partir de observações, publicações, entre outros dados disponibilizados que podem ser incorporados para conhecimento e fomento das discussões dos participantes. Após essa etapa, o avaliador organiza uma agenda de reunião, na qual os participantes têm acesso à totalidade das informações que são compreendidas e discutidas, gerando novas construções e os consensos possíveis. Ao término dessa etapa, o avaliador pode reiniciar o processo se alguma questão relevante não tenha sido resolvida⁽⁷⁾.

A coleta de informações aconteceu no período de outubro a dezembro de 2006. Primeiramente, apresentamos a proposta da pesquisa aos residentes. Na seqüência, partimos para a implementação do Circulo Hermenêutico Dialético, convidando o primeiro entrevistado (E1) para responder a questão norteadora: “Fale sobre o programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição”. Os assuntos referidos na entrevista pelo entrevistado deram subsídios para a realização da primeira construção (C1). As questões de C1, que não apareceram espontaneamente na segunda entrevista (E2), foram introduzidas em forma de pergunta, gerando a segunda construção (C2). Na entrevista com o terceiro entrevistado (E3), novamente, as questões de C2, que não apareceram espontaneamente na fala desse entrevistado, foram introduzidas em forma de pergunta, gerando a terceira construção (C3), e assim sucessivamente, até fechar o círculo entre todos os participantes. Deste modo, a primeira etapa da análise dos dados ocorreu concomitantemente à coleta de dados.

Para a análise final utilizamos os seguintes passos: ordenamento, classificação e análise final⁽⁸⁾. Assim, foram identificadas as seguintes unidades de registro: definições teóricas da RIS, a motivação dos residentes para procurar esse curso de formação em serviço, implementação da RIS, a estrutura curricular e organização dessa residência, o papel dos diferentes profissionais envolvidos na elaboração desse programa, a evasão dos residentes e a integração entre as diferentes áreas de conhecimento⁽⁵⁾.

A partir do referencial teórico da RIS e do material empírico coletado foram desdobradas em duas categorias temáticas, que foram abstraídas das unidades de registro, tendo capacidades explicativas capazes de avaliar e caracterizar a RIS do GHC, denominadas de “**Princípios e Diretrizes da RIS**” e “**Estrutura e Organização da RIS no GHC**”.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi autorizada pela coordenadora RIS e pela coordenadora da área de ênfase em intensivismo desse programa no GHC. Em seguida, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, tendo parecer número 133/06: 107065 positivo. Os sujeitos participantes concordaram com a entrevista, autorizando sua gravação e assinando um Termo de Consentimento Livre e Informado, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾.

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: a integração entre as diferentes áreas de conhecimento

No estudo, há a temática referente à integração entre os diferentes núcleos de conhecimento das profissões da área da saúde, houve consenso entre os participantes, em relação à idéia de que a integração não acontece por decreto ou norma.

A integração é construída, conquistada e depende de vários fatores: das pessoas, das equipes, da valorização do conhecimento dos outros, da proximidade, do tempo de contato e da amizade. Neste sentido, os entrevistados indicam que a integração depende das características pessoais de cada indivíduo.

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

A fala revela concepções, conhecimentos e atitudes necessárias para implementação da proposta da RIS, que visa a atenção integral. Assim, a RIS,

associada ao trabalho em saúde, caracteriza-se como interdisciplinar, exigindo dos profissionais um olhar ampliado e diferenciado no espaço do coletivo, ou seja, é necessário na saúde um conhecimento complexo que requer compartilhamento, interlocução e disponibilidade para troca dos diferentes saberes. Deste modo, para que a integração ocorra, os atores envolvidos neste processo precisam estar abertos ao diálogo e à construção coletiva de novas propostas terapêuticas.

Outra questão referente à integração relaciona-se à organização do trabalho das equipes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do GHC. Os entrevistados indicam que as equipes das UTIs pediátrica, neonatal e adulto do GHC apresentam processos de trabalho diferenciados, assim como diferentes profissionais atribuem características próprias ao funcionamento e organização nesses locais.

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

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

Outro aspecto no tocante à dificuldade de integração entre as diferentes categorias profissionais da RIS relaciona-se ao poder médico no processo de trabalho em saúde. A centralidade de determinado profissional na equipe de saúde dificulta o trabalho coletivo e não garante atenção integral à saúde da população. Somente o exercício de atividades de equipe “usuário-centradas” garante que as necessidades da população sejam atendidas adequadamente pelos serviços de saúde⁽¹⁰⁾.

Todo profissional de saúde, independente de sua habilidade técnica obtida com sua graduação, atua no âmbito terapêutico, o qual requer o uso da

ação de outros profissionais e/ou serviços de saúde. Sendo assim, seria simplista adotar a formação como a simples aquisição de conhecimento e habilidades específicas, como se uma única área conferisse competência para o êxito terapêutico. Assim, para efetivar projetos terapêuticos da integralidade é indispensável uma ética “entre-disciplinar”, pois esses projetos são mais complexos do que o recorte de uma profissão isolada possa atingir⁽²⁾. “No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si nos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem”⁽²⁾.

A “entre-disciplinaridade” aparece como uma prática que se constitui no aprender mediante o trabalho em equipe, o que deve ser buscado no processo de formação da RIS. Além do conhecimento e habilidade técnica, a RIS deve visualizar o cenário de equipe para invenção da saúde integral, opondo-se às rivalidades corporativas. É preciso, no trabalho em conjunto, parceria necessária à vivência e a experiência das diferenças, na qual os diversos profissionais devem flexibilizar e criar novos espaços de cuidado em saúde.

A integração entre os profissionais envolvidos na RIS melhora, as relações vão se solidificando e a construção coletiva vai se fortalecendo.

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

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

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

Na RIS, os profissionais das diferentes categorias vivenciam as mesmas atividades e dividem o mesmo espaço de estudo e de trabalho. A amizade, independente da reiteração profissional, não corresponde à integração⁽¹¹⁾. A amizade pode im-

pedir que os conflitos ocorram, tornando o processo de trabalho cristalizado, sendo assim, não necessariamente, a amizade, mas uma postura e atitude para interlocução e o reconhecimento dos diferentes olhares são imprescindíveis quando se busca integração.

O programa de RIS do GHC foi planejado para que os alunos ampliem seus conhecimentos, participando de atividades teóricas e práticas. Nesta investigação constatamos que a integração entre as diferentes categorias profissionais da RIS e as áreas de ênfase do intensivismo, Saúde Coletiva e com a Saúde da Família e Comunidade ocorre por meio de um cronograma de aulas teóricas, nas quais os alunos têm aulas de campo, incluindo todos os residentes da RIS do GHC.

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

No entanto, em relação às atividades práticas da RIS, não existem tentativas de integração entre as três áreas de ênfases e, no caso dos dois núcleos de conhecimento do intensivismo (enfermagem e fisioterapia), essa integração tem ocorrido eventualmente e não é sistematizada. A escuta entre as diferentes profissões é um desafio porque existe dificuldade em estabelecer diálogo entre elas⁽¹⁰⁾ e parece que, quando se fala em integrar as diferentes áreas de ênfases da RIS, as dificuldades ampliam-se.

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

Porque eles têm um olhar diferente da gente, então a gente acaba não participando muito, a gente se sente meio excluído. A gente acha que a comunitária e a mental interagem muito bem, porque são nível primário. Então pelo menos nas aulas do GEP [Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, setor responsável por organizar as aulas que integram todos os residen-

tes do programa], às vezes que a gente tentou se manifestar com algum Estudo de Caso, com alguma opinião, a gente foi meio que massacrado, principalmente pelo pessoal da psicologia e do serviço social, assim como se a gente fosse desumana por dar preferência de um leito (E8).

Parece que os serviços possuem idéias, filosofias e problemas diferentes, e não existe uma compreensão por parte das áreas de ênfases, das particularidades vivenciadas pelos profissionais que atuam em cada setor. Ensino é um espaço contraditório, político e transmite modelos sociais. Desse modo, esse processo ocorre com conflitos, dificuldades, que devem ser aproveitados para a transformação e a construção da RIS.

Ressaltamos que os conflitos existentes entre as áreas de ênfases da RIS podem gerar novas construções para o trabalho em saúde, pois a integração acontece de diferentes formas, em diferentes momentos. A integração existe na sua negação, ou seja, integrar é desintegrar. É saber gerenciar as diferenças, os conflitos, as disputas, levando à possibilidade de novas ações⁽¹²⁾.

No entanto, torna-se imprescindível que os atores entendam que, para alcançar a integralidade do cuidado em saúde, é necessária a articulação dos diferentes serviços de atenção, visto que um setor sozinho não dá conta dessa tarefa, pois integralidade pode ser entendida como modo de organizar os serviços e as práticas de saúde.

A RIS oportuniza a visibilidade que pode romper com a ditadura de um único saber para novas relações no cotidiano da saúde. No entanto, o desejo de passar um período nas outras ênfases e conhecer a dinâmica de trabalho não é comparilhado por todos residentes.

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

Os residentes procuraram a RIS pela expectativa de adquirirem conhecimentos técnicos e especializados dos cuidados intensivistas, transpon-

do-se a proposta deste programa de formação que busca múltiplas possibilidades de construção em saúde, ampliando os conhecimentos necessários aos profissionais da área, opondo-se ao olhar hegemônico da clínica tradicional. A procura de formação específica em intensivismo remete à valorização nas especificidades da profissão, ao enfoque da doença e seus aspectos curativos, evidenciando uma luta hegemônica de saberes em saúde e mostrando uma visão fragmentada, compartimentalizada do fazer em saúde.

O conhecimento clínico é importante e necessário aos profissionais da área da saúde. No entanto, para atender a proposta dessa modalidade de residência, outros assuntos devem ser colocados na roda, tais como as estratégias de comunicação terapêutica, o processo de trabalho, a educação em saúde, a humanização do atendimento, entre outros, permitindo ao residente desse programa desenvolver um olhar ampliado em saúde.

Independente das dificuldades do processo de integração entre as diferentes áreas do conhecimento, a RIS é um marco na formação de trabalhadores da saúde, bem como para as instituições onde esse programa se desenvolve.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na RIS há diferentes núcleos e campos profissionais com seus conhecimentos específicos que devem ser preservados, mas diálogo, co-participação e fluidez entre as áreas são estratégias fundamentais no fortalecimento dessa formação. A pesquisa evidencia que a integração entre as diferentes áreas do conhecimento na RIS/GHC não tem ocorrido de modo inteiro, incorporando e juntando os diversos atores, seus conhecimentos e suas ações.

Nessa formação a integração não acontece por decreto ou norma, mas deve ser entendida como um processo em construção, exigindo uma ética “entre-disciplinas”, que deve construir e compartilhar as diferenças entre atores, saberes e fazeres.

Parceria e o controle social dos diversos programas de residências, das instituições de ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais, dos gestores, da população em geral e dos Conselhos de Saúde devem, conjuntamente, contrapor-se ao modelo hegemônico que gira em torno da doença e de forma fragmentada.

Ao contrapor ideologias, promove-se a desestabilização necessária para que os profissionais comecem a refletir sobre os saberes e fazeres específicos de seus núcleos e campos de conhecimentos, mas, para que isso aconteça de forma produtiva, é indispensável o respeito mútuo e a maleabilidade para aproveitar as idéias dos outros e construir, coletivamente, novas alternativas nos serviços de saúde.

A RIS do GHC é um programa que está em processo de implementação e, por isso, possui algumas dificuldades, alguns pontos a serem aprimorados, porém, temos a expectativa de que estas reflexões podem contribuir para estimular a criação de novos cursos de RIS no intuito de multiplicar essa experiência que tem ocasionado mudanças positivas nos modos de ensino e assistência em saúde.

A integração requer uma postura de interlocução e reconhecimento das diferenças, que devem ser aproveitadas para a transformação do ensino em saúde. Integrar os profissionais e os setores da saúde coloca-se como um desafio, pois um único profissional ou apenas um determinado serviço da rede de atenção não daria conta da construção de projetos terapêuticos da integralidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF); 2006. (Série B: textos básicos de saúde).
- 2 Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2005. p. 259-78.
- 3 Grupo Hospitalar Conceição. Projeto da residência integrada em saúde: versão enviada ao Ministério da Saúde. Porto Alegre; 2003.
- 4 Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Ensino e Pesquisa. Projeto da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/RS): 4ª turma: anos 2007-2008. Porto Alegre; 2006.
- 5 Ferreira SR. Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 6 Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
- 7 Guba EG, Liconln YS. Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.
- 8 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 10 Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2003. p. 211-24.
- 11 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1): 103-9.
- 12 Olschowsky A. Integração docente-assistencial: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Silvia Regina Ferreira
Rua Cipó, 710, ap. 423, Vila Ipiranga
91360-360, Porto Alegre, RS
E-mail: silviarferreira@ibest.com.br

Recebido em: 18/04/2008
Aprovado em: 11/08/2008