



Ministério  
da Saúde



**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**KÁRIN FERRO BASSO**

**RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE:  
INICIANDO A JORNADA**

**PORTO ALEGRE  
2010**

**Kárin Ferro Basso**

**RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE:  
INICIANDO A JORNADA**

Trabalho de Conclusão apresentado  
como pré-requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Práticas  
Pedagógicas para a Educação em  
Serviços de Saúde.

**Orientadora: Profa.. Dra. Cristianne Famer Rocha**

**PORTO ALEGRE  
2010**

## SUMÁRIO

<b>DE ONDE SE FALA</b> .....	2
<b>ONDE ESTOU E COMO SE CHEGOU ATÉ AQUI</b> .....	5
O SUS e seus princípios .....	7
Residência Integrada: um dispositivo do SUS.....	8
A busca de documentos.....	13
A Instituição.....	14
<b>A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – RIMS</b> ..	16
O Projeto Político Pedagógico.....	18
Preceptoria e docência.....	20
Os cenários de prática e matriz curricular .....	23
Metodologia de ensino e avaliação.....	25
A infraestrutura e o perfil do egresso .....	26
<b>ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS PROGRAMAS ESTUDADOS</b> .....	<b>28</b>
Residências: Aspectos similares e diferentes.....	29
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
<b>ANEXOS</b> .....	42

**Resumo**

O objeto de pesquisa do presente trabalho de conclusão do *Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde* é a *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS)*, desenvolvida junto ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde 2009. O objetivo geral é descrever a RIMS, em relação à sua estrutura e seu funcionamento, e analisar a mesma comparativamente com outros três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidos na cidade de Porto Alegre, quais sejam: o da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, o da Escola de Saúde Pública e aquela do Grupo Hospitalar Conceição. A coleta dos dados foi realizada através da consulta de documentos públicos sobre os Programas acima e a análise comparativa foi realizada a partir da Análise de Conteúdo.

**Palavras-chave:** Residência Integrada em Saúde; Residência Multiprofissional em Saúde, Educação em Saúde.

## De Onde se Fala

A realização do presente trabalho é requisito parcial à conclusão do *Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde*, realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O Curso foi oferecido, no ano de 2009, aos preceptores e orientadores dos dois programas de Residência do GHC: *Residência Integrada em Saúde (RIS)* e *Residência Médica (RM)*.

O objeto deste trabalho é a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) também chamada de Residência em Área Profissional da Saúde, que se constitui em uma atividade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de formação em serviço, destinada às seguintes categorias profissionais da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A RMS foi instituída pela Lei Federal nº 11.129 de 30 de junho de 2005, balizando alguns aspectos dos Programas de Residência, porém, cada instituição tem autonomia para adaptar o Programa à sua realidade, o que leva a diferenças em sua execução.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo geral descrever e analisar comparativamente quatro Programas de RMS desenvolvidos na cidade de Porto Alegre, RS em relação à sua estrutura e seu funcionamento.

A sistematização de dados será realizada através de documentos publicados e disponíveis sobre os quatro Programas, sendo que o estudo será realizado por duas Assistentes Sociais e duas Terapeutas Ocupacionais, preceptoras da RIS/GHC na ênfase em Saúde Mental.

Os Programas estudados serão os das seguintes instituições: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Cada uma das pesquisadoras descreverá de forma aprofundada e sistematizada cada um dos programas e, a

partir das informações obtidas, fará uma análise comparativa dos programas estudados.

Os objetivos específicos deste projeto serão descrever e analisar o *Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS)* do HCPA, seu modo de estruturação e funcionamento em relação à carga horária, duração, ao número de vagas, às profissões envolvidas, ao sistema de avaliação, entre outros aspectos. Para tanto, será necessário compreender o contexto da criação deste Programa, conhecer e analisar o Plano Político Pedagógico, a fim de poder, em um segundo momento, comparar suas similitudes, diferenças, avanços e desafios em relação aos outros três Programas que também serão analisados no âmbito da pesquisa.

Ressalta-se que minha prática cotidiana envolve, em grande parte, o trabalho com a Residência, o que me incita a uma constante reflexão, dada sua importância para a formação dos residentes e pela sua representação no dia-a-dia do trabalho. A Residência é uma das formas de fortalecer e qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo na produção da atenção integral ao usuário, considerando que "ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde", segundo a Constituição Federal de 1988.

Uma das principais características da Residência é a interdisciplinaridade, com a inclusão de diferentes categorias profissionais da área da saúde, visando a formação coletiva, em serviço e em equipe, o que se espera que contribua na integralidade do cuidado ao usuário. Porém, cada programa de Residência apresenta diferentes formas de organização. Desta maneira, esse estudo é relevante para que se possa ter um maior conhecimento das diferentes Residências e analisar como elas estão sendo organizadas e realizadas, já que

a inadequada formação dos recursos humanos, quantitativa e qualitativamente, nas diferentes regiões do território nacional e a fragmentação entre ensino e práticas são conhecidos obstáculos à organização do SUS enquanto rede articulada. (Brasil, 2009d, p.3)

Esta pesquisa, de cunho qualitativo, será realizada a partir da análise dos documentos disponíveis sobre a RIMS/HCPA. A análise comparativa dos

dados coletados sobre os quatro programas de Residência em questão será realizada com base em categorias definidas posteriormente.

Desta forma, busca-se fazer uma análise na perspectiva de aprofundar o conhecimento da organização das Residências que serão estudadas, o que contribuirá para posteriores discussões sobre o tema.

A pesquisa será apresentada em três capítulos. No primeiro, os princípios do SUS serão relacionados à Residência Integrada em Saúde; no segundo capítulo, será apresentada a instituição, cujos documentos da Residência pesquisada serão analisados, com suas principais características. No terceiro capítulo, será realizada a análise comparativa entre os quatro programas de Residências estudados em relação às suas similitudes e diferenças, a partir das categorias definidas, com posteriores considerações finais.

### **Onde Estou e Como se Chegou até Aqui**

Atualmente, sou Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do GHC e preceptora do Programa da Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC).

O GHC é um sistema de saúde com ações voltadas aos princípios do SUS vinculado às políticas do Ministério da Saúde, com atendimento 100% pelo SUS. Apresento a trajetória de construção do SUS, política com a qual trabalhamos no GHC. Contudo, para trazer a questão da criação do SUS, não se pode deixar de discutir a Reforma Sanitária, embrião do SUS.

A Reforma Sanitária, segundo Gallo et al. (1998), foi um projeto setorial, articulado a uma estratégia maior para a sociedade, com direcionamento à consolidação da democracia brasileira, que tinha como objetivo ampliar os direitos de cidadania das camadas sociais que ficavam à margem do processo de acumulação do capital.

Nos anos 60, movimentos sociais lutavam por melhores condições de vida, de saúde e de trabalho, enquanto os governantes visavam o desenvolvimento. Em 1964, com o golpe militar, indivíduos que buscavam a melhoria das condições de saúde da população eram perseguidos.

Na década de 70, a saúde tinha ênfase na assistência médica, individual e especializada, sem envolver medidas de saúde preventivas e coletivas à população. Nesta época, a população convivia com baixos salários, desemprego, marginalidade e mortalidade infantil, o que impulsionou os movimentos sociais a reivindicarem soluções para essas problemáticas.

Embora no final da década de 70 houvesse uma expansão dos atendimentos médicos para setores antes não-cobertos, como dos trabalhadores rurais, o modelo de saúde vigente era o hospitalocêntrico, caracterizado como incapaz de solucionar problemas de saúde coletiva e de melhorar os indicadores de saúde.

A partir de 1980, principalmente em 1985, no processo de redemocratização do país, ganhou força o movimento de atores políticos (os sanitaristas) chamado de *Movimento pela Reforma Sanitária*, cujo principal objetivo era o de ampliar os direitos sociais das camadas marginalizadas da população, que tiveram sua liberdade de participação e organização suprimidas durante os anos de autoritarismo.

Nesse sentido, a idéia prevalente do Movimento Sanitário, a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” tomou forma com a “Reforma Sanitária” (Gallo et al., 1998, p.1).

Em março de 1986, foi realizada a *VIII Conferência Nacional de Saúde* que representou um marco nas mudanças do setor saúde. Esta Conferência defendia a criação de um sistema unificado de saúde que fosse desvinculado da Previdência Social, com prestação de serviço regionalizada, atendimento universalizado e participação da população como principais propostas. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988, segundo Andrade et al. (2000, p. 3),

O grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema desintegrado, no que diz respeito à articulação das esferas de governo, e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo. Aqui não mais uma tarefa de resistência, mas uma tarefa construtiva.

Antes do SUS, somente trabalhadores com carteira assinada e suas famílias tinham direito ao atendimento à saúde. Os demais cidadãos eram considerados “indigentes”, por não serem contribuintes e, quando tinham



necessidade de acesso à saúde, recebiam (ou não) a prestação do serviço como se este fosse um favor e não um direito.

Porém, a partir da Constituição que criou o SUS, a saúde foi reconhecida como direito assegurado pelo Estado, e toda a população adquiriu o direito a ser atendido, independente de sua condição de trabalho.

Ressalta-se que o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, disposto nos artigos 196 a 200 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

A Lei 8080/90 regula, em todo território nacional, as ações e os serviços de saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços.

Já a Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O SUS caracterizou-se, dessa forma, como uma conquista da população, embora ainda haja o grande desafio de colocar em prática sua proposta no cotidiano dos serviços de saúde.

## **O SUS e Seus Princípios**

O SUS é pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com participação da população.

A Universalidade garante o acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sendo o Estado responsável por garantir que esse princípio seja efetivado.

O princípio da Equidade garante que os indivíduos sejam cuidados de acordo com a sua necessidade.

A Integralidade é um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, que podem ser individuais ou coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O princípio da integralidade propõe, nesse sentido, que as ações de saúde sejam combinadas para atingir

a prevenção, a promoção, a proteção, os cuidados, o tratamento, a reabilitação e a cura.

A Descentralização refere-se à divisão das responsabilidades – ações e serviços de saúde – entre os gestores federal, estaduais e municipais. Isso garante que as decisões que envolvem a saúde tenham mais garantia de acertos por serem definidas mais próximas à realidade dos cidadãos.

A Regionalização pressupõe que a rede de serviços seja organizada em regiões de saúde que correspondam a espaços geográficos contínuos.

A Hierarquização possibilita que a rede de serviços do SUS atenda em níveis de assistência. O acesso da população aos serviços se dá pelo nível básico de atenção e, quando necessário, os indivíduos atendidos são referenciados para os serviços de maior complexidade. A hierarquização favorece a vigilância epidemiológica, ambiental, a educação em saúde, o controle social e possibilita um maior e melhor conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área delimitada.

O Controle Social é uma garantia constitucional de que a população participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, disposto na Lei 8142/90.

A implementação do SUS, desde sua criação até os dias atuais, enfrenta dificuldades para deixar de ser uma lei no papel e se tornar uma realidade, tais como a marcante desigualdade social do país, a persistência do modelo médico-assistencialista, a privatização das estatais e redução do tamanho do Estado (Brasil, 2009d), entre outros aspectos.

Embora a saúde seja um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor. (Traverso-Yépez, 2004, p.62)

Porém, não dá para deixar de ressaltar que há muitas experiências de sucesso que contribuem para que o SUS seja efetivado.

## **Residência Integrada: Um Dispositivo do SUS**

A década de 1990 teve um avanço significativo no processo de descentralização do setor saúde no Brasil, onde os municípios gradualmente tornaram-se os principais responsáveis pela gestão da rede de serviços de saúde (Bodstein, 2002). Através da *Norma Operacional Básica do SUS* de 1993 (NOB/93), os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os estados e os municípios tornaram-se efetivos e sistemáticos. A NOB/93 estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS.

O processo de descentralização se acelerou a partir de 1996, quando foram implementadas medidas de incentivo expressas, sobretudo, na *Norma Operacional Básica 1996* (NOB/96), para que os municípios assumissem a gestão da rede de serviços locais de saúde e garantissem prioridade ao atendimento básico nessa área. Desta forma, se introduziu em 1998, o *Piso de Atenção Básica* (PAB), criado através da Portaria GM/MS n.1882, de 18/12/97 que trouxe como principal novidade a transferência financeira regular e automática, com repasse federal feito diretamente aos municípios.

Bodstein (2002) destaca que as mudanças do PAB foram introduzidas *pari passu* aos incentivos para o desenvolvimento de um conjunto de outras medidas, como as ações de vigilância sanitária e a implantação do *Programa de Saúde da Família* (PSF) e do *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS). O governo federal lançou mão de diversos meios para tornar atraente para os governos locais a adesão a tais programas.

Bodstein (2010) assinala que o governo federal deu prioridade à implementação do PACS, existente nos estados nordestinos desde 1991, visando estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, sendo que, a partir de 1994, o governo federal assumiu a implantação do PSF como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento.

O PSF surge como uma das formas de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na assistência básica, com a proposta de fortalecer ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e

reabilitação, levando a uma mudança do paradigma de atenção à saúde que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Desta forma, a população fica vinculada a uma equipe básica de saúde que identifica as necessidades e organiza a demanda a partir da comunidade e das famílias, prestando assistência integral e atividades voltadas à informação, orientação e promoção da saúde, visando uma maior resolutividade da atenção. Nesse sentido, os princípios fundamentais da atenção básica são: integralidade, equidade e participação social (Bodstein, 2002), indo em direção aos princípios e às diretrizes do SUS, que propõe a saúde em um conceito ampliado, em que as condições de vida das pessoas são consideradas para além de uma visão de saúde como tratamento da doença.

Considerando-se o modelo de atenção proposto pelo SUS e a partir da constatação da existência de importantes e significativas contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde, torna-se necessário repensar a formação dos recursos humanos para esta área. Dessa forma, atores do Movimento Sanitário, juntamente com o Departamento de Atenção Básica, a Secretaria de Atenção à Saúde e o Ministério da Saúde avaliam a necessidade de implementação de um modelo de Residência Multiprofissional, como ressaltam Olschowsky e Ferreira (2008):

Embora (o SUS) tenha sido legalizado há quase 20 anos, os profissionais continuavam tendo um currículo organizado de acordo com a lógica do modelo clínico tradicional, hegemônico na área da saúde, valorizando exclusivamente os aspectos biológicos das doenças e os procedimentos curativos. Neste sentido, o Ministério da Saúde estimulou a criação da Residência Integrada em Saúde (RIS) que tem como finalidade especializar profissionais da saúde para atuarem, imbuídos pelos princípios do SUS, trabalhando em equipe interdisciplinar, buscando novas alternativas para o trabalho e objetivando uma atenção integral em saúde. (p.1)

Segundo o *Coletivo de Residentes e Militantes da Saúde* (2006), a formação, especialização e capacitação de recursos humanos estão distorcidas e separadas das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, onde não se consideram as demandas epidemiológicas e sociais da população, havendo um distanciamento entre o que a sociedade demanda e o que as instituições formadoras oferecem, com fragmentação dos saberes em campos profissionais.

Assim, a RMS vem integrar a política nacional de educação e desenvolvimento do SUS, constituindo-se em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da saúde, no sentido de dar uma resposta à nova demanda de recursos humanos nessa área.

Porto Alegre oferece esta modalidade de formação há mais de trinta anos através da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), um dos programas que será, neste projeto de pesquisa coletivo, estudado de forma aprofundada.

A primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil foi criada em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, com a proposta de formar profissionais com uma visão integrada entre saúde, clínica, saúde mental e saúde pública.

Em 1977, o Decreto nº 80.281, criou a Residência Médica, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço. Nessa década, auge da ditadura militar, o Movimento da Reforma Sanitária questiona e se opõe ao modelo de formação, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, e na visão da doença como fenômeno somente biológico.

Em 1978, a Residência do Murialdo se tornou multiprofissional, sendo interrompida em diversos momentos ao longo destes anos, considerando as diferentes conjunturas da gestão estadual. Hoje, o Programa oferece formação através da Residência Integrada em Saúde.

O fortalecimento do processo de regulamentação das RMS deu-se a partir da promulgação da Lei 11.129 de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Dessa forma, O Ministério da Saúde elaborou, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde (SGTES), as Portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS: Portaria nº 1.111/2005, Portaria nº 1.143/2005 e Portaria Interministerial nº 2.117/2005, orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS.

Como refere o texto da Portaria Interministerial nº 2.117/2005, estas Residências têm como objetivo "favorecer a inserção qualificada dos jovens

profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS", oferecendo bolsas através de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde para profissionais das áreas de Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Biologia, Biomedicina, entre outros, para programas na modalidade multiprofissional e interdisciplinar, com ênfases variadas e em diversos âmbitos da atenção.

A regulamentação da RMS determina que a formação possa ocorrer em serviços que pretendem formar profissionais da área da saúde, com a lógica da interdisciplinaridade, e que possibilitem a integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo parcerias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Destacam-se os Seminários dos residentes também como formas de fortalecimento das Residências, sendo o *I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*, realizado em 2005, com o objetivo de iniciar o processo de reflexão e debate sobre as experiências já existentes, o que teve continuidade em 2006, com a realização de seminários regionais para discutir a RMS e, com isso, dar seguimento ao seu processo de regulamentação, baseando-se nos princípios e diretrizes orientadores do SUS: controle público, educação permanente, gestão democrática, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, regionalização e consideração das singularidades locais. Tais seminários contaram com a participação de residentes, preceptores e trabalhadores da saúde.

Desde a sua formação, a perspectiva de consolidação destes Programas contempla a construção de espaços de articulação e diálogo entre as categorias profissionais e entre os indivíduos das instituições envolvidas – a universidade e o serviço municipal de saúde – buscando em todos os momentos do processo refletir sobre o perfil de competências profissionais para incluir práticas humanizadas e de atenção integral à saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Investimentos e apoio do Ministério da Saúde foram disponibilizados para que a RMS pudesse desenvolver seus dois objetivos maiores: qualificar a formação de profissionais da saúde e contribuir para que mudanças significativas e condizentes com o SUS acontecessem no cenário da assistência em saúde.

A RMS deve desenvolver sua formação, nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, buscar atendimento integral, oferecendo uma possibilidade diferenciada no desenvolvimento de qualificação de profissionais, capazes de promover um olhar e uma escuta ampliada, quanto ao processo de cuidado e de saúde-doença. Essa formação deve estar pautada no aprendizado em serviço, visando uma competência técnica para uma atuação articulada nas várias áreas do conhecimento dos trabalhadores e nos diferentes espaços de cuidado em saúde.

A seguir, apresenta-se a Residência pesquisada com suas principais características.

## **A Busca de Documentos**

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA), utilizou-se a pesquisa qualitativa, realizada através da pesquisa documental com posterior análise de documentos.

A pesquisa qualitativa, para Minayo (2003), trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, se preocupando com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado. Esse método se propõe a uma abordagem compreensiva e interpretativa dos fenômenos.

Gil (2002) apresenta os três grupos que a pesquisa qualitativa pode ser classificada: estudos exploratórios, descritivos e explicativos.

A pesquisa exploratória tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito. A pesquisa descritiva apresenta como objetivo principal a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Já a pesquisa explicativa tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, explicando o porquê das coisas.

Com base nisto, esta pesquisa é considerada exploratória e descritiva, sendo realizada através da análise dos documentos públicos disponíveis sobre

a RIMS/HCPA para posterior comparação aos outros três Programas estudados neste projeto.

A busca pelos documentos relacionados à RIMS/HCPA iniciou-se pela internet, no site do Hospital, onde as informações referentes à RIMS limitaram-se ao *Boletim Informativo* (Brasil, 2010), onde consta o Edital, os Programas, as Bibliografias de Referência e o Cronograma do processo seletivo público realizado no ano de 2009.

Entrou-se, então, em contato com a Coordenação da RIMS, que disponibilizou o Projeto da mesma. Desta forma, os dados a seguir foram retirados desses dois documentos: *Boletim Informativo* (Brasil, 2010) e *Projeto da RIMS* (Brasil, 2009a).

## **A Instituição**

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizado na rua Ramiro Barcelos, 2350, foi criado com a missão de oferecer serviços assistenciais à comunidade gaúcha, ser área de ensino para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas. O terreno do HCPA foi comprado em 1938 pelo governo do estado, sendo doado à UFRGS em 1940. As obras se estenderam pelas décadas de 40, 50 e 60. O primeiro atendimento no HCPA aconteceu em 1972, com gradual introdução dos serviços oferecidos.

O HCPA é uma empresa pública de direito privado e pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação, sendo vinculado academicamente à UFRGS. Na qualidade de hospital público geral e universitário, é vinculado ao SUS.

O HCPA é certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde, sendo que seus serviços estão contratualizados com o gestor municipal de Porto Alegre, cuja gestão é plena (Brasil, 2009a).

A integração com diferentes unidades de ensino da UFRGS foi sendo ampliada, com a abertura de novos espaços para a atuação de docentes, acadêmicos e pesquisadores.



O HCPA apóia-se no tripé Ensino, Assistência e Pesquisa. Em relação ao ensino, é vinculado academicamente à UFRGS, colocando sua estrutura à disposição para o desenvolvimento de atividades de ensino nos níveis médio, de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação de profissionais.

Em relação à assistência, atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos assim como desenvolve pesquisas biomédicas, clínicas e epidemiológicas, em sintonia com diversos programas de pós-graduação.

O HCPA está enfrentando uma ação judicial, já que, desde 2004, os hospitais de ensino têm direito a uma verba cerca de 25% maior. Para acessar os recursos, as instituições são certificadas pelo MEC e, nesse contrato de certificação, consta a exigência de que os hospitais de ensino públicos atendam apenas pacientes do SUS. O prazo para o HCPA se adequar era outubro de 2008. A ação segue na justiça, pois o HCPA argumenta que o valor recebido pelo SUS apresenta um déficit considerável, o que inviabilizaria o atendimento prestado.

Nesse sentido, em abril de 2009, funcionários, pacientes e entidades representativas realizaram um *abraço simbólico* ao prédio do HCPA, a fim de manifestarem-se contra a ação do Ministério Público Federal, que determina o atendimento exclusivo de pacientes do SUS (Zero Hora, 2009).

## A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – RIMS

O HCPA conta com a Residência médica desde sua fundação. Atualmente, disponibiliza 45 Programas de Residência Médica (PRM) em 14 áreas de atuação, contando com 344 médicos residentes.

Já o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) teve seu primeiro processo seletivo em 2009. A primeira turma teve início em fevereiro de 2010 e sua conclusão se dará em janeiro de 2012.

As vagas oferecidas em 2009 foram para 28 profissionais, de acordo com as informações abaixo:

**Tabela 1- Vagas 2009 RIMS/HCPA**

Áreas de Concentração	Categorias Profissionais	Vagas
Adulto Crítico	Enfermagem	1
	Farmácia - Farmácia Hospitalar	1
	Nutrição	1
	Serviço Social	1
Controle de Infecção Hospitalar	Enfermagem	1
	Farmácia	1
Onco-Hematologia	Enfermagem	2
	Farmácia - Análises Clínicas	1
	Farmácia - Farmácia Hospitalar	1
	Nutrição	1
	Psicologia	1
	Serviço Social	1
Saúde da Criança	Educação Física	2
	Enfermagem	2
	Farmácia - Análises Clínicas	1
	Farmácia - Farmácia Hospitalar	1
	Nutrição	1
	Psicologia	2
	Serviço Social	2
Saúde Mental	Educação Física	1
	Enfermagem	1
	Nutrição	1
	Psicologia	1
<b>Total</b>		<b>28</b>

Fonte: Brasil (2010)

Conforme a tabela acima, a primeira turma de residentes realizará sua formação nas áreas de Saúde da Criança, Adulto Crítico, Saúde Mental, Onco-Hematologia e Controle de Infecção Hospitalar. As áreas de concentração foram definidas tendo em vista a necessidade de formação de profissionais

para atuarem em áreas estratégicas de atenção à saúde, segundo o Projeto da RIMS/HCPA (Brasil, 2009a).

A definição de áreas de concentração estratégicas da atenção à saúde e das categorias profissionais se deu a partir dos indicadores epidemiológicos, em cada Área de Concentração em que a Residência é oferecida.

O objetivo geral da RIMS/HCPA é o de *especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde de forma interdisciplinar, assegurando os princípios do SUS* (Brasil, 2009a, p.15).

Os objetivos específicos, segundo o Projeto RIMS/HCPA são:

- Desenvolver as competências profissionais específicas, integrando-as a uma proposta de trabalho interdisciplinar;
- Desenvolver capacidades para analisar e propor ações visando a integralidade, a equidade, a universalidade na atenção à saúde com participação social;
- Ampliar as iniciativas multiprofissionais visando fortalecer a pesquisa acadêmica no contexto das práticas assistenciais do HCPA;
- Fortalecer iniciativas de gestão do cuidado em saúde interdisciplinares, favorecendo a adoção das melhores práticas assistenciais, condutas baseadas em evidências e promoção da segurança do cuidador e do paciente;
- Articular a assistência hospitalar à Atenção Básica;
- Articular as necessidades de formação profissional em áreas estratégicas da atenção em saúde, contemplando as demandas locais.

O Programa é realizado com 20% da carga horária em atividades teóricas e 80% de atividades de formação em serviço, sendo efetuadas nas áreas de atuação para as quais os residentes foram selecionados, sob supervisão de profissionais do HCPA. A coordenação da RIMS é realizada, atualmente, pela enfermeira Christine Wetzel.

Cada turma do Programa da RIMS tem duração de dois anos com carga horária semanal de 60 horas, em dedicação exclusiva. A carga horária total do Programa é de 5.760 horas e equivale a 384 créditos, sendo distribuídas da seguinte forma: 1.155 horas (77 créditos) de carga horária teórica e 4.605 horas (307 créditos) de carga horária prática, o que habilita os residentes a receberem o título de Especialista.

A RIMS/HCPA tem parceria com a UFRGS, com o Gestor Municipal e Estadual, com a Rede de Atenção em Saúde do Município e com o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O processo de ingresso no Programa tem duas etapas. A primeira é constituída de prova objetiva com 40 questões de múltipla escolha, sendo 25 de conhecimento de políticas públicas e 15 de conhecimento específicos de cada categoria profissional. Na segunda etapa, é realizada a análise do *curriculum vitae* de cada candidato, conforme modelo no anexo 1.

O valor da bolsa-auxílio para os residentes, no ano de 2009, foi de R\$ 1.916,45.

### **O Projeto Político Pedagógico**

O Programa da RIMS/HCPA iniciou com seu Projeto Político Pedagógico já definido, tendo sido discutido durante quatro anos por profissionais interessados na criação da RMS no HCPA.

A justificativa do Projeto expõe a importância da Residência Integrada, já que o HCPA pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à UFRGS, prestando atendimento aos pacientes do SUS e por sua importância na formação e qualificação de profissionais da área da saúde.

Nesse contexto, o HCPA, como órgão do sistema público de saúde, baseado nos objetivos de sua missão institucional, dentre os quais a formação de trabalhadores em saúde, se propôs a desenvolver a RIMS que opera com os princípios de campo e núcleo de saberes, atenção integral e formação para o SUS.

A RIMS/HCPA também vai ao encontro de melhorias institucionais, destacando-se, entre elas, aquelas voltadas para a gestão do cuidado, causando impactos mensuráveis nos indicadores assistenciais e no trabalho em equipe, mantendo a vocação institucional de melhores práticas assistenciais, condutas baseadas em evidências e promoção da segurança do cuidador e do paciente.

Os itinerários propostos em cada área de concentração serão um dispositivo para que o HCPA amplie suas ações e estruture a gestão de seus

processos assistenciais, mesclando diferentes lógicas, a partir de trajetórias percorridas pelos pacientes, por meio de protocolos assistenciais, e a partir de linhas de cuidado.

A justificativa apresenta, também, a ampliação das noções de cuidado como uma ação multidisciplinar, para garantir maior efetividade das políticas de atenção à saúde, o que remete à necessidade de capacitação de profissionais para atender esta demanda crescente.

As Diretrizes Pedagógicas balizam o processo de formação, que é constituído por atividades de reflexão teórico-prática e de formação em serviço. “A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dão mediante os conceitos de campo e núcleo desenvolvidos por Campos (2000)” (Brasil, 2009a, p.16), que propõe Núcleo como a aglutinação de conhecimentos e a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, demarcando a identidade de uma área de saber e de prática profissional; já o Campo refere-se ao espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Os módulos teóricos, que correspondem a 20% da carga horária do programa, são desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe, intercalados com a formação em serviço propriamente dita, que corresponde a 80% da carga horária da Residência.

Durante a semana, são direcionadas 30 horas semanais para atividades práticas da área de concentração, 12 horas para atividades matriciais, 8 horas para atividades teórico-práticas do Eixo Transversal do Programa, 4 horas para conteúdos teórico-práticos do eixo específico das profissões e seis horas para estudos e pesquisa.

O Eixo Transversal contempla os campos de conhecimento teóricos e práticos, integrando as profissões da formação em saúde e suas relações com as dimensões histórica e política da sociedade, da convivência humana, do ambiente, da cultura e do trabalho em saúde. Os conteúdos do Eixo Transversal são subdivididos em conteúdos gerais e da área de concentração. Os gerais são desenvolvidos para todos os residentes e os da área de concentração são desenvolvidos junto aos residentes que a integram.

Os conteúdos teóricos do Eixo Específico são aqueles relacionados ao conjunto de conhecimentos teórico-práticos específicos de determinada profissão e são desenvolvidos junto aos residentes, de acordo com a categoria profissional a qual pertencem.

### **Preceptoría e Docência**

Segundo o Projeto da RIMS/HCPA, o corpo docente é composto por todos os profissionais envolvidos no processo de ensino dos Residentes. Esses profissionais pertencem ao quadro funcional da Instituição, com experiência e/ou titulação acadêmica (especialização, mestrado ou doutorado), e professores da UFRGS.

Os profissionais que atuam no HCPA pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e os professores da UFRGS são os coordenadores e/ou articuladores do processo, fazendo a integração entre o Eixo Transversal do Programa, o da Área de Concentração e o Específico das profissões.

O Projeto da Residência prevê a capacitação desses docentes no decorrer do semestre que antecede o início do Programa, para assegurar que o ensino se desenvolva dentro dos marcos teóricos propostos.

São funções do corpo docente, segundo o Projeto da RIMS/HCPA (Brasil, 2009a):

*# Preceptor de Núcleo:* função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e, no mínimo, três anos de experiência na área ou titulação acadêmica de especialização ou Residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos residentes;

*# Preceptor de Campo:* função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo, envolvendo saberes profissionais da área da saúde. É exercida por profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores para os profissionais residentes, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço;

# *Orientador de Pesquisa*: função de orientação do processo de produção da pesquisa a ser desenvolvida pelos residentes, podendo ser profissionais da instituição e professores da UFRGS. Deve ter pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área da pesquisa, devendo conhecer e seguir as linhas de pesquisa aprovadas pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA;

# *Co-orientador de Pesquisa*: função de co-orientação do projeto de pesquisa. Se for necessário, o residente e seu orientador de pesquisa podem convidar um profissional com reconhecido saber sobre o tópico escolhido para auxiliá-los no aprofundamento teórico da pesquisa. Podem ser profissionais da instituição ou professores da UFRGS, desde que inseridos na temática da pesquisa;

# *Docentes*: responsáveis pela formação teórica dos residentes, a quem compete articular estratégias para a prática de reflexão e aprofundamento conceitual a respeito das atividades e ações de gestão e atenção à saúde, podendo ser profissionais da instituição, professores da UFRGS ou convidados externos;

# *Pedagogo*: responsável pela assessoria pedagógica do Programa.

A RIMS é uma meta institucional, e a sua implantação foi efetivada por uma Comissão nomeada pelo presidente do HCPA, composta por trabalhadores das diferentes áreas profissionais do Hospital e por professores da UFRGS. Essa Comissão, de caráter temporário, foi responsável pela implantação do Programa na Instituição.

Quando a RIMS foi formalmente implantada, em 2010, se constituiu a Comissão Permanente da Residência Integrada em Saúde (CORIMS) responsável pelo gerenciamento da RIMS/HCPA através das seguintes instâncias:

- I- Coordenação Geral da RIMS/HCPA;
- II- Coordenação das áreas de concentração da RIMS/HCPA;
- III- Colegiado de Coordenação da RIMS/HCPA;
- IV- Colegiado de preceptoria por área de concentração.

A RIMS possui uma proposta de educação para os preceptores inspirada nos princípios da educação permanente. Aposta na criação de espaços educativos (ou aproveitamento daqueles já existentes) que se integrem ao ambiente de trabalho, propiciando a reflexão dialógica em serviço sobre o que está acontecendo no cotidiano da educação no trabalho e o que precisa ser transformado.

Um dos principais resultados deste processo é a multiplicação de espaços de escuta mútua e a conseqüente corresponsabilização dos preceptores pelas transformações necessárias para a melhoria do Programa.

A proposta inicial foi inaugurada com a realização de um curso, em fevereiro de 2010, antes de iniciar o Programa, com a intenção de assegurar que os profissionais se apropriassem das concepções que embasam a RIMS, como espaço de viabilização de ensino em serviço, a partir dos princípios e das diretrizes do SUS.

Seguindo a lógica dos princípios da educação permanente, foram propostas ações de educação sistemáticas, nas quais os preceptores problematizaram os nós críticos de seus processos de trabalho. Essas ações estão sendo desenvolvidas por meio de uma ferramenta pedagógica, denominada *Rodadas de Conversa no Trabalho de Educação em Saúde*, prática já realizada na instituição desde 2005.

A finalidade dessa ferramenta é desenvolver processos formativos para a qualificação e humanização do trabalho dos preceptores, partindo-se da idéia de que, para que suas práticas sejam transformadas, é imprescindível contar com o protagonismo individual e coletivo desses profissionais. A modalidade de capacitação para os preceptores será oferecida anualmente. O corpo docente não recebe remuneração extra para desenvolver a atividade de preceptoria.

### **Os Cenários de Prática e Matriz Curricular**

O Projeto RIMS/HCPA (Brasil, 2009a) aponta os itinerários propostos para o desenvolvimento das atividades práticas, que são subdivididos da seguinte forma:

*# Itinerários da Área de Concentração:* contemplam unidades assistenciais que desenvolvem o cuidado a pacientes com demandas de saúde específicas da



área de concentração. Quando esse itinerário se configurar por mais de uma unidade assistencial, o tempo de permanência dos residentes, em cada uma delas, é distribuído ao longo dos dois anos da formação. O objetivo desse itinerário é que os residentes estabeleçam vínculo com uma equipe assistencial definida, atendendo usuários e familiares em comum e assumindo as responsabilidades do cuidado em saúde de forma contínua e integral.

*# Itinerários da Integração Matricial Interna:* Contemplam dois caminhos concomitantes, a Integração com os projetos institucionais específicos relacionados ao núcleo e competências, e a integração com áreas ou unidades assistenciais em interface com a área de concentração. À medida em que o cuidado ao paciente envolve outras áreas, o residente desenvolve atividades articuladas com as mesmas, possibilitando um plano de cuidado articulado e com continuidade. Quando o paciente é transferido de uma área para outra do Hospital, o residente continuará acompanhando a trajetória do paciente por meio de ações conjuntas com as equipes das áreas que irão recebê-lo.

*# Itinerários da Integração Matricial Externa:* Contemplam as instâncias de Sistema de Referência e Contra-Referência, Intersetorialidade e Instâncias de Controle Social.

A matriz curricular, inspirada nos princípios do Projeto Político Pedagógico do Programa, é desenvolvida em quatro módulos em que os referenciais teóricos e práticos estão organicamente articulados, promovendo, dessa forma, uma crítica da materialidade dos processos de trabalho em saúde.

Os conteúdos propostos no Eixo Transversal e Específico das profissões estão articulados aos *itinerários da prática*, tanto no que se refere aos *itinerários da área de concentração* como aos do *matriciamento interno e externo*. Cada eixo temático prevê o desenvolvimento de atividades teóricas e práticas, que serão programadas em seu planejamento.

As atividades práticas podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo, e a síntese será compartilhada com todos os residentes e com o(s) docente(s) em seminários de integração ao longo do curso.

Alguns eixos temáticos serão desenvolvidos no decorrer dos dois anos da Residência; outros serão específicos para o R1 ou R2, contemplando

aspectos singulares do itinerário prático que o residente está vivenciando naquele momento de sua trajetória.

Ocorre também a discussão de casos, na qual semanalmente os residentes de cada área de concentração se reúnem para a discussão de um caso, a partir de um roteiro previamente elaborado. O material para essa discussão é preparado por uma dupla de residentes de diferentes profissões e tem um dos preceptores como facilitador. Também podem ser convidados como facilitadores outros profissionais da instituição ou externos, que contribuam para a discussão de temáticas específicas.

As atividades práticas são desenvolvidas em itinerários que contemplem as unidades assistenciais específicas das Áreas de Concentração, onde os residentes desenvolvem atividades de forma contínua junto à equipe, integrando-se ao projeto assistencial das mesmas. Durante a semana, devem ser direcionadas 30 horas semanais para essas atividades, no turno da manhã. No turno da tarde, são desenvolvidas as demais atividades do programa: aulas teóricas do Eixo Transversal e Específico da profissão, atividades complementares, pesquisa e estudos individuais e em grupo.

### **Metodologias de Ensino e Avaliação**

A metodologia de ensino proposta pelo Projeto Político Pedagógico (Brasil, 2009a) é realizada através de aulas expositivo-dialogadas, aprendizado baseado em problemas, soluções e/ou encaminhamentos, seminários, oficinas, discussão de casos, sessões de cinema, saraus literários, exposições, feiras de arte, entre outros.

A Metodologia de Avaliação do residente proposta tem um caráter dialógico, sendo realizada de forma contínua, cumulativa e participativa, concomitante à avaliação da preceptoria e do programa.

A avaliação do residente é feita utilizando o parecer descritivo emitido semestralmente. Critérios e indicadores orientaram o processo de avaliação, bem como a construção do perfil do residente, conforme a Área de Concentração. Os critérios, indicadores e perfis de conclusão serão definidos por comissão representativa do corpo docente e discente e dos demais membros que fazem parte da estrutura político-pedagógica da RIMS/HCPA.

Os critérios de avaliação contemplam a exigência de frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e de 100% nas atividades de formação em serviço.

Ao final do primeiro ano, o residente apresenta um projeto de pesquisa a ser implementado no segundo ano do Programa. O projeto de pesquisa deve ser realizado de forma integrada, em uma perspectiva teórico-pedagógica embasada nos princípios e nas diretrizes do SUS.

Para obtenção do título de Especialista, o residente deve apresentar um Trabalho de Conclusão que tenha relação com o conhecimento adquirido ao longo do Programa.

Anualmente, será realizado um Fórum de Avaliação do Programa da RIMS, envolvendo a coordenação do programa, os docentes, os gestores da instituição e os residentes. Este fórum será antecedido por mini-fóruns dos Núcleos e das Áreas de Concentrações, tendo como objetivo a análise político-pedagógica das ações concretizadas ao longo do Programa, a fim de levantar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo e propor os respectivos encaminhamentos.

### **A Infraestrutura e o Perfil de Egresso**

A prática de ensino no HCPA ocorre em estreita e diária relação entre aluno e o professor (Brasil, 2009a). As dependências da Instituição foram planejadas com espaços que permitam a discussão dos casos nas unidades onde os pacientes estão internados ou mesmo nas zonas ambulatoriais, facilitando o constante aprendizado *in loco* e em serviço juntamente com os profissionais contratados da Instituição.

Além dos espaços docente-assistenciais, a RIMS/HCPA conta com uma estrutura administrativa para a coordenação, com uma secretária que atende as demandas de documentação, arquivamento, reserva de salas, agendamento de reuniões e demais comunicações entre os residentes e os preceptores/tutores.

No espaço físico da Coordenação da Residência há, também, uma sala para a Coordenação, um espaço multiuso para reuniões e estudos que conta com uma biblioteca mínima.

As bibliotecas das unidades da UFRGS, que estão localizadas no campus da saúde (Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Instituto de Psicologia e Escola de Enfermagem) são conveniadas com o Hospital, disponibilizando seus acervos para uso e consulta pelos residentes, como já vem sendo utilizadas pelos residentes médicos e outros estudantes de pós-graduação vinculados ao HCPA.

O HCPA conta com 37 salas de aula, sete auditórios e um anfiteatro, com capacidades que variam de 30 a 311 lugares, todos eles equipados com computadores multimídia interligados à rede do hospital, projetores e demais recursos audiovisuais.

Além da estrutura física das salas de aula e laboratórios, o Hospital conta com uma sala equipada de teleconferência, centro do Programa Nacional de Telemedicina e Telesaúde. Esta infra-estrutura permite conectar com outros pontos desta rede como ocorre com a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e possibilita a discussão de casos com os postos de saúde ou mesmo com outros programas de interesse de hospitais universitários. O HCPA conta com mais dois prédios anexos à estrutura principal que são totalmente dedicados à pesquisa.

Está previsto para os residentes a concessão de quatro refeições diárias (café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar) e vagas de estacionamento sem qualquer ônus. Há entrega de dois uniformes completos para as residentes de enfermagem e dois jalecos para os residentes de outras categorias.

Espera-se que o profissional egresso do Programa desenvolva as seguintes competências, segundo o Projeto RIMS/HCPA:

- conhecer a realidade do serviço e área de abrangência sob sua responsabilidade, analisando-a criticamente, a fim de compreender o processo dinâmico da saúde-doença da comunidade, da instituição, das famílias e dos indivíduos;

- planejar as ações de saúde, levando em consideração o perfil epidemiológico da população, os princípios do SUS e sua relação teórico-prática com o eixo específico da profissão e com o eixo transversal do programa e da área de concentração;

- atuar na perspectiva da integralidade em saúde, realizando ações em equipes interdisciplinares, matriciais e intersetoriais, visando a redução do tempo de hospitalização e a melhoria dos indicadores qualitativos da saúde;
- desenvolver ações permanentes de pesquisas acadêmicas, produzindo conhecimentos no contexto das práticas em saúde no SUS;
- conhecer, analisar e propor ações visando a integralidade, a equidade, a universalidade na atenção a saúde com participação e controle social;
- atuar na gestão do cuidado em saúde, contribuindo para o desenvolvimento de condutas baseadas em evidências na promoção da segurança do cuidador e do paciente;
- favorecer a articulação nos diferentes níveis de complexidade na atenção em saúde;
- contribuir para a educação permanente em saúde e a qualificação dos processos de trabalho no SUS.

Após esta descrição da RIMS/HCPA, realizarei a análise comparativa dos quatro Programas estudados nesta pesquisa.

## **ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS PROGRAMAS ESTUDADOS**

A análise comparativa entre os quatro Programas de Residência estudados nessa pesquisa (Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PREMUS/PUCRS), Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA), Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS-ESP/RS) e Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) será realizada a partir das seguintes categorias: tempo de existência dos programas, carga horária, áreas de atuação, módulos teóricos, atuação prática, avaliação, preceptoria e processo de seleção do residente.

As RMS são recentes, tendo sido instituídas em decorrência da Lei Federal nº 11.129 de 30 de junho de 2005. A RIMS/HCPA teve seu primeiro processo seletivo em 2009, a RIS/GHC em 2004, e o PREMUS/PUCRS em 2007. Apenas a RIS-ESP/RS teve seu primeiro processo seletivo em 1976, com a Residência em Saúde Comunitária somente para médicos. Em 1977, acontece a RMS para as áreas de enfermagem, serviço social e medicina veterinária.

Em relação às vagas, a RIMS/HCPA oferece vagas nas ênfases de Saúde da Criança, Adulto Crítico, Saúde Mental, Onco-Hematologia e Controle de Infecção Hospitalar, nas áreas da Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Educação Física.

A RIS/GHC oferece formação para profissionais da saúde das seguintes profissões: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia e Fisioterapia, com campo de formação nas seguintes ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Atenção ao Paciente Crítico, Oncologia e Hematologia.

Na RIS-ESP/RS, a formação se dá nas seguintes áreas: Serviço Social, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Educação Artística e Terapia Ocupacional, nas ênfases de Atenção Básica em Saúde, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária e Saúde Mental Coletiva. A RIS-ESP/RS é a única que oferece o Programa de R3, que se dá nas áreas de Atenção Básica em Saúde Coletiva (Gestão e

Educação, Atenção à Saúde Indígena, Gestão da Estratégia de Saúde da Família, Gestão e Formação em Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Planejamento em Saúde e Redução de Danos) e na Saúde Mental Coletiva (Atenção Psicossocial, Atenção à Infância e Adolescência, Álcool e outras drogas).

O PREMUS/PUCRS oferece formação para as áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, nas ênfases de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Nefrologia, Oncologia, Intensivismo Adulto, Intensivismo Pediátrico, Saúde Mental, Análises Clínicas e Toxicológicas, Assistência Farmacêutica, Reabilitação Cardiopulmonar e Saúde Bucal.

Desta forma, destaca-se que o PREMUS é o que oferece o maior número de ênfases (10). Já a RIS/GHC e a RIMS/HCPA oferecem cinco, enquanto a RIS-ESP/RS oferece quatro.

A Portaria que dispõe sobre a RMS e a Residência em Área Profissional da Saúde (2005) apresenta as profissões que são abrangidas nessa modalidade de formação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Das Residências estudadas, nenhuma oferece a formação em medicina veterinária, biomedicina e ciências biológicas. Todas oferecem formação em enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social. Fonoaudiologia é oferecido somente pela RIS/GHC. Odontologia e fisioterapia são oferecidos pela RIS/GHC, RIS-ESP/RS e pelo PREMUS. Educação física pela RIMS/HCPA e pela RIS-ESP/RS. Terapia ocupacional pela RIS/GHC e pela RIS-ESP/RS. A RIS-ESP/RS oferece, também, a formação em educação artística, profissão não relacionada pela portaria acima.

Pode-se dizer que cada Programa organiza-se de forma diferenciada em relação às ênfases, com áreas profissionais específicas em cada uma.

A RIMS/HCPA e a RIS/GHC justificam, em seus documentos, as áreas que oferecem em seus Programas de Residência: a RIMS/HCPA justifica a definição de áreas de concentração estratégicas da atenção à saúde e das categorias profissionais a partir dos indicadores epidemiológicos, tendo sido definidas a partir da necessidade de formação de profissionais para atuarem

em áreas estratégicas de atenção à saúde, segundo o Projeto RIMS/HCPA; já a RIS/GHC deu prioridade às áreas de ênfase considerando dois aspectos: a dimensão locorregional e a realidade situacional do GHC, sinalizando algumas áreas profissionais em que as práticas em saúde se constituíssem com base em equipes de saúde (Orofino, 2010).

Os quatro Programas estudados têm duração de dois anos com carga horária semanal de 60 horas, com dedicação exclusiva.

### **Residências: Aspectos Similares e Diferentes**

Ressalta-se que esse estudo faz uma análise de quatro dos seis programas de Residência integrada existentes na cidade de Porto Alegre. Desta forma, tem-se consciência de que nosso olhar limita-se a uma parte do todo; porém, muitas observações de diferenças e similitudes entre as Residências podem ser apresentadas e contextualizadas.

Os quatro Programas de Residência seguem a concepção de campo e núcleo. Em relação à carga horária, apenas o PREMUS refere que, no mínimo, 12% destina-se para atividades teóricas. Já os demais programas não diferem, tendo como máximo 20% da carga horária em atividades teóricas e 80% de atividades de formação em serviço, sendo direcionadas 42 horas para atividades práticas, conforme o campo em que os residentes estiverem incluídos. Assim, totaliza-se 2.880 horas entre atividades práticas e teóricas por ano.

Os módulos teóricos da RIMS/HCPA são desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe.

Na RIS/GHC, são realizados módulos teóricos integrados, atividades de reflexão teórica de campo e de núcleo.

No PREMUS/PUCRS, a carga horária teórica é distribuída entre os módulos teóricos integrados e os módulos teóricos específicos de campo e núcleo de saber e prática.

Já na RIS-ESP/RS, os módulos teóricos são viabilizados através de seminários; oficinas, estudos de caso, aulas teóricas e pesquisa.



Na RIMS/HCPA, o desenvolvimento das atividades práticas é subdividido em *Itinerários da Área de Concentração* que contemplam unidades assistenciais que desenvolvem o cuidado a pacientes com demandas de saúde específicas da área de concentração; *Itinerários da Integração Matricial Interna* que contemplam dois caminhos concomitantes: a integração com os projetos institucionais específicos relacionados ao núcleo e competências e a integração com áreas ou unidades assistenciais em interface com a área de concentração e os *Itinerários da Integração Matricial Externa* que contemplam as instâncias de Sistema de Referência e Contra-Referência, Intersetorialidade e Instâncias de Controle Social.

As atividades de formação da RIS/GHC são desenvolvidas nas estruturas dos serviços do Grupo Hospitalar Conceição onde as ênfases estão inseridas, bem como nas estruturas da Gerência Ensino e Pesquisa (GEP), da seguinte forma: *Ênfase em Saúde Mental* – incluindo os serviços do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II) e Unidade de Internação Psiquiátrica; *Ênfase em Atenção ao Paciente Crítico (UTI)* – nas áreas I e II, Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) e UTI tetânica do Hospital Nossa Senhora da Conceição; na UTI Pediátrica e UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição; no atendimento especializado para pacientes neurocirúrgicos/as, politraumatizados/as e grandes queimados/as do Hospital Cristo Redentor e na UTI neonatal do Hospital Fêmima; *Ênfase em Saúde da Família e Comunidade* – em 12 Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do HNSC que se localizam em diferentes pontos das zonas Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Noroeste/Ilhas, no município de Porto Alegre, no Núcleo de Epidemiologia do SSC; no Núcleo de Educação e Saúde do SSC e na Unidade de Internação do HNSC; *Ênfase em Oncologia e Hematologia* – no Ambulatório de Oncologia e Hematologia do HNSC; nas Unidades de Internação do HNSC; nas Unidades de Saúde da Região Norte/Eixo Baltazar, de Porto Alegre e Ambulatório do HCC.

As atividades práticas da RIS-ESP/RS são desenvolvidas em instituições vinculadas à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), localizada em Porto Alegre, realizada em quatro serviços: Atenção Básica em Saúde Coletiva nos serviços do *Centro de Saúde Escola Murialdo*, Dermatologia

Sanitária no *Ambulatório de Dermatologia Sanitária*, Pneumologia Sanitária no *Hospital Sanatório Partenon* e a Saúde Mental Coletiva no *Hospital Psiquiátrico São Pedro*. O programa de R3 realiza as atividades práticas no *Centro de Saúde Escola Murialdo* e no *Hospital Psiquiátrico São Pedro*.

As atividades práticas da PREMUS são realizadas nas seguintes áreas: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Nefrologia, Oncologia, Intensivismo Adulto, Intensivismo Pediátrico, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental, Análises Clínicas e Toxicológicas. Os locais onde as áreas realizam suas atividades práticas não são especificados nos documentos do Programa da PREMUS.

Em relação à avaliação dos residentes, em todos os Programas estudados, a média de aprovação é 7,0, tanto para as atividades teóricas quanto para as de campo, sendo que os critérios de avaliação contemplam a exigência de frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e de 100% nas atividades de formação em serviço.

A Metodologia de Avaliação do residente proposta pela RIMS/HCPA e pela RIS/GHC é realizada através de parecer descritivo emitido semestralmente. A avaliação da RIS-ESP/RS é trimestral, mas não está especificada a forma como é realizada. Já a PREMUS não define a frequência nem a forma como é realizada a avaliação, mas especifica que os residentes são avaliados nos módulos teóricos e teórico- práticos (Martins, 2010).

A RIMS E RIS/GHC realizam, concomitantemente à avaliação do residente, a avaliação da Preceptoria e do Programa.

Na RIMS/HCPA, na RIS/GHC e na RIS-ESP/RS, para obter o certificado de conclusão da Residência, o Residente deverá apresentar um trabalho de conclusão, que no primeiro ano deverá ser apresentado e aprovado na forma de um anteprojeto a ser desenvolvido e concluído no segundo ano, *com orientação do corpo técnico-docente*.

O trabalho de conclusão do residente no PREMUS se caracteriza como uma monografia individual exigida durante o segundo ano de formação, sendo orientada por um preceptor ou tutor do Programa, com apresentação final em formato de artigo.

O corpo docente da RIMS/HCPA é composto por todos os profissionais envolvidos no processo de ensino dos Residentes. Esses profissionais são

pertencentes ao quadro funcional da Instituição, com experiência e/ou titulação acadêmica (especialização, mestrado ou doutorado) e professores da UFRGS. O corpo docente é composto por *Preceptor de Núcleo, Preceptor de Campo, Orientador de Pesquisa, Co-orientador de Pesquisa, Docentes e Pedagogo*.

Juntamente com a *preceptoria*, a estrutura do corpo docente da RIS/GHC é constituída por *orientadores de serviço, professores convidados e orientadores de trabalho de conclusão*. Para desenvolver a função de orientação e/ou preceptoria, o profissional deve pertencer ao quadro funcional do GHC, sendo que, para a função de orientador metodológico, deve ter especialização *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área da pesquisa.

A RIS-ESP/RS é composta pelo *coordenador de cada ênfase, preceptores* nos locais de formação e *tutores* que se dedicam exclusivamente para o ensino.

O corpo docente da PREMUS é composto por *preceptores de campo, tutores de núcleo, docentes e colaboradores*.

Percebe-se, desta forma que, em cada programa, a função do preceptor, orientador e corpo docente é diversificada, dependendo da estrutura de cada programa.

O processo seletivo dos Programas são todos realizados através de processos seletivos públicos em duas etapas. A primeira é constituída de prova objetiva. A segunda é feita por análise do *curriculum vitae* de cada candidato e entrevista com entrega de memorial descritivo, que contextualiza as experiências pessoais e profissionais e a motivação pela escolha de cada candidato. Apenas a RIMS/HCPA não realiza entrevista, mas realiza avaliação do *curriculum vitae*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho proporcionou momentos de reflexão e de maior conhecimento sobre diferentes programas de Residência Integrada em Saúde, o que foi de um valor inestimável e possibilitou um intercâmbio entre os programas.

Os modelos de formação multiprofissional em saúde são diversos, mas contribuem, sem dúvida, no aprimoramento do processo de trabalho das profissões relacionadas ao SUS.

Constatou-se, nesta pesquisa, que nada difere muito entre as Residências. Todos os programas são fundamentados pelos princípios e diretrizes do SUS, seguindo objetivos comuns, tendo como carga horária o mesmo número de horas e com processo seletivo similar. Percebe-se que os programas, porém, têm suas diversidades em relação às ênfases, propostas e forma de ensino e, principalmente, em relação à nomenclatura, às atribuições e responsabilidades dos preceptores, tutores e supervisores.

Ressalta-se a dificuldade das colegas em ter acesso aos documentos sobre as Residências estudadas, considerando que os materiais não estavam disponíveis no site das instituições, e o material teve que ser acessado diretamente com os coordenadores das Residências. Desta forma, questiona-se o motivo das informações não serem publicizadas, já que se referem a programas públicos.

Percebe-se, também, que os Programas não se comunicam. Entende-se que, se houvesse uma troca maior entre os mesmos, as experiências poderiam ser enriquecidas.

Para finalizar, a possibilidade do trabalho em conjunto com outras três colegas e com a orientadora proporcionou um grande aprendizado que, com certeza, tem se refletido em meu cotidiano!

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v.8, n.1.,jul./ago. 2000.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7 n. 3, p. 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v7n3](http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3)>. Acesso em: 04 mar. 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990

BRASIL. Ministério da Educação. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Boletim Informativo: Processo Seletivo Público 2009*. Disponível em: <[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. *Projeto RIMS/HCPA*. Material didático. Porto Alegre, 2009a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007* que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index>>. Acesso em: 4 set. 2009b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Material didático do Curso SUS: Saúde e Cidadania – Turma 5. Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Texto de referência para discussão nas Oficinas do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 04 set. 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* v.14, n. 1, p. xx-xx, Jan./Jun. 2004.

COLETIVO de RESIDENTES e MILITANTES da SAÚDE. *A formação de trabalhadores para o SUS: modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Texto-Base do Seminário Regional Sul/Sudeste de Residências Multiprofissionais em Saúde*. Curitiba, 2006 Disponível em: <[www.lappis.org.br/download/residencia](http://www.lappis.org.br/download/residencia)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

GALLO, Edmundo; LUCHESI, Geraldo; MACHADO FILHO, Nilson; RIBEIRO, Patrícia T. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. xx-xx, out./dez.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, Anisia Filomena. *Residência Multiprofissional em Saúde: Um Programa em Cena*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (Monografia). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

MERHY, Emerson Elias. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 9, p. xx-xx, 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse](http://www.scielo.br/pdf/icse)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

MERHY, Emerson E FRANCO, Túlio. PSF: Contradições e novos desafios. *Conferência Nacional de Saúde On-Line*. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

OLSCHOWSKY, Agnes; FERREIRA, Silvia Regina. Residência integrada em saúde: uma das alternativas para alcançar a integralidade de atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (Orgs). *Ateliê do cuidado: trabalhos completos / VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC: ABRASCO, 2008. Disponível em: <[www.lappis.org.br/download/viiseminario/livrosatelies](http://www.lappis.org.br/download/viiseminario/livrosatelies)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

OROFINO, Maria Marta Borba. *Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (Monografia). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

SANTOS, Luis Carlos dos. *Pesquisa documental: um procedimento metodológico*. Disponível em: <[www.lcsantos.pro.br](http://www.lcsantos.pro.br)>. Acesso em: 31 out. 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. *Educação à Distância: Roteiro para comissão de verificação do NRE*. Disponível em: <[www.diaadia.pr.gov.br](http://www.diaadia.pr.gov.br)>. Acesso em: 31 out. 2009.

ROSA, Karen Romero Kanaan Kracick. *Residência Multiprofissional em Saúde: Um Mosaico de Saberes*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (Monografia). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. xx-xx, jan./fev. 2004.

ZERO HORA. Funcionários e pacientes participam de abraço simbólico ao prédio do Hospital de Clínicas. Porto Alegre, 7 abr.2009. Disponível em: <[zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default.jsp?uf=1&local=1&newsID=a2467894.xml&channel=13&tipo=1&section=Geral](http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default.jsp?uf=1&local=1&newsID=a2467894.xml&channel=13&tipo=1&section=Geral)>. Acesso em: 22 abr. 2009.

MARTINS, Anísia Reginatti. *Residência Multiprofissional em Saúde: Um Programa "Em Cena"*. Trabalho de Porto Alegre, 2010.

## ANEXO 1

**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO PÚBLICO**  
**RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**Modelo para o *Curriculum Vitae***

<p><b>Capa e Folha de Rosto</b>  Cabeçalho: Ministério da Educação - Hospital de Clínicas de Porto Alegre  Processo Seletivo Público ao Programa de Residência Integrada  Multiprofissional em Saúde/HCPA  Área de Concentração/Categoria Profissional:  Nome do Candidato:  Local e Data</p>
<p><b>Identificação</b>  Nome, sexo, data de nascimento, filiação, RG, CPF, endereço completo, telefone, <i>e-mail</i></p>
<p><b>Graduação</b>  Curso, unidade de ensino, instituição, local, período abrangido</p>
<p><b>Atuação, Educação Permanente e Produção Técnico-Científica</b>  Participação em eventos como palestrante, autor ou co autor de tema livre (apresentação oral ou pôster) – <b>nos últimos 5 anos</b> 0,2 ponto por evento <b>1,5</b></p>
<p>Organização de eventos (congressos, simpósios, semana científica, fóruns, jornadas) – <b>nos últimos 5 anos</b> 0,1 ponto por evento</p>
<p>Participação em eventos de atualização e/ou aperfeiçoamento na área de saúde, educação e ciências sociais (congressos, cursos, simpósios, jornadas, oficinas, seminários, encontros) – <b>nos últimos 5 anos</b>  2 a 9h = 0,05 ponto  10 a 15h = 0,1 ponto  16 a 39h = 0,2 ponto  40 a 60h = 0,3 ponto  &gt;60h = 0,5 ponto</p>
<p>Participação em atividades extracurriculares (projetos de pesquisa e extensão, bolsista de iniciação científica, monitorias, estágios não obrigatórios) – <b>nos últimos 5 anos</b>  40 – 120h = 0,5 ponto  121 – 360h = 1,0 ponto  &gt; 360h = 1,5 ponto</p>
<p>Publicação de artigo em revista indexada ou capítulo de livro ou livro 0,2 ponto por publicação</p>
<p>Publicação de artigo em revista não indexada 0,1 ponto por publicação</p>
<p>Experiência profissional não acadêmica – <b>nos últimos 5 anos</b></p>
<p>Experiência na Área Profissional 0,2 ponto por ano</p>



