

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

**Fernanda Braga Azambuja**

**IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE COM A CONSTRUÇÃO DO  
CONHECIMENTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO**

**Porto Alegre**

**2010**

**Fernanda Braga Azambuja**

**IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE COM A CONSTRUÇÃO DO  
CONHECIMENTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso de  
Especialização em Práticas  
Pedagógicas para a Educação em  
Serviços de Saúde sob orientação  
da Ms. Vanderléia Laodete Pulga  
Daron e co-orientação de Lúcia Inês  
Schoedler.

**Porto Alegre**

**2010**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, um dos programas estratégicos do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é a Residência Integrada em Saúde (RIS), implantada em 2004 e tendo como princípios orientadores a integralidade, o trabalho em equipe, a humanização e a educação permanente. Pesquisar o envolvimento e a implicação do residente na construção do conhecimento pode contribuir para avaliar como este processo vem sendo trabalhado nesta instituição, bem como discutir possíveis potencialidades e fragilidades de nossa realidade. **OBJETIVOS:** Compreender como o residente da ênfase Terapia Intensiva se envolve e se implica no processo da construção do conhecimento durante o seu período de formação na RIS/GHC. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo exploratório do tipo pesquisa documental. Foram analisadas atas de reuniões da ênfase, relatório do Seminário de Integração do ano de 2009 e avaliação do Seminário Integrado de Políticas Públicas de 2008 e 2009. As informações foram classificadas e dispostas em 3 categorias. **RESULTADOS:** As categorias surgidas foram: *Implicação do residente no processo formativo teórico; Implicação do residente na formação em serviço; Implicação do residente na relação com o corpo docente.* O residente da Terapia Intensiva ocupa os espaços oportunizados de escuta, discussão, avaliação e reflexão, e se utiliza deles para buscar uma melhor formação. Percebe-se isso na reivindicação pela realização de estudos de casos sistemáticos, na participação da organização do cronograma teórico, na proposição de cursos complementares, no interesse em realizar estágios optativos, na disposição e interesse em participar dos processos avaliativos. Por outro lado, em alguns momentos entende-se que o mesmo residente que ora parece sujeito implicado na construção do conhecimento, em determinados momentos parece faltar envolvimento e responsabilidade com a construção do conhecimento. Observamos isso através da baixa assiduidade e pouca participação de alguns nas atividades de formação teórica e reclamações constantes quanto ao cumprimento da carga horária. Dentre os fatores que parecem favorecer a implicação deste residente com a construção do conhecimento destaca-se a utilização de uma pedagogia problematizadora que o estimule a pensar e relacionar teoria e prática; a identificação com o profissional docente bem como o seu interesse, a qualificação e a motivação para o ensino; o acolhimento do residente nas equipes de saúde e a construção de um trabalho interdisciplinar nos serviços. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir das reivindicações por mudanças e descontentamentos com a forma de organização da residência, questiona-se o quanto esse residente se sente responsável pela qualidade da sua formação e o grau de participação que realmente cabe ao residente. Espaços para o aprendizado são oportunizados, mas tudo isso está diretamente relacionado ao quanto implicado esse residente se sente, para então iniciar um processo de mudança e qualificação da sua formação associado ao comprometimento social e político. Espera-se que esse trabalho possa servir de reflexão para os profissionais que estão envolvidos e acreditam no processo formativo da residência.

Palavras-chave: residência. educação permanente em saúde. implicação. formação.

AZAMBUJA, Fernanda Braga. **Implicação do residente com a construção do conhecimento no processo de formação.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	9
2.1 PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM EM SAÚDE: POR QUE MUDAR?.....	9
2.2 RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS/GHC.....	11
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	14
2.4 IMPLICAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO .....	16
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	19
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	19
3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	19
3.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	20
3.4 DIVULGAÇÃO DOS DADOS.....	21
<b>4 A IMPLICAÇÃO DOS RESIDENTES DA TERAPIA INTENSIVA NO PROCESSO FORMATIVO DA RIS/GHC</b> .....	22
4.1 A IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE NO PROCESSO FORMATIVO TEÓRICO.....	22
4.2 A IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO .....	26
4.3 A IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE NA RELAÇÃO COM O CORPO DOCENTE DA RESIDÊNCIA.....	31
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

A área da saúde atualmente é cenário de debates e discussões, e vem passando por transformações em direção à prática de novas modelagens tecnoassistenciais na perspectiva da integralidade da atenção em saúde.

Apesar dos avanços e das conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem grandes lacunas na atenção e gestão dos serviços, formação e controle social. É necessário que os princípios do SUS garantidos na Constituição sejam aplicados na prática e transpostos para os modos de operar dos trabalhadores e gestores em saúde (BRASIL, 2006a).

Para que as mudanças no setor saúde sejam efetivadas, é necessário repensar o modo como fazemos saúde hoje. Segundo Merhy (2005, p.174), *“devemos efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, entre nós”*.

Ceccim (2005, p.163 e 164) afirma que, para a efetivação das reformas setoriais em saúde, é imprescindível assegurar um local de destaque à área da formação dos trabalhadores: *“A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, (...), submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica (...)”*.

O Ministério da Saúde vem apoiando os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil através de financiamento regular e investimento na sua potencialidade pedagógica e política, com vistas à formação de profissionais e à mudança do desenho tecno-assistencial do SUS (BRASIL 2006b).

Apesar das diferenças metodológicas e organizacionais dos diversos programas de residência distribuídos pelo país, há em comum entre eles, a defesa da utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico (BRASIL 2006b). Neste sentido, podemos considerar a proposta da Educação Permanente como um dispositivo adequado para a mudança nas práticas de saúde e, além disso, uma política de formação para o SUS (LOPES et al, 2007).

Neste sentido, mais do que uma simples proposta, em 2004 a Educação Permanente em Saúde passou a ser Política Nacional assegurada pelo Artigo

1º da Portaria Ministerial nº 198/GM/MS que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Para tanto, considerou-se entre outras coisas: a necessidade de formação de recursos humanos para a área de saúde; a execução de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde; a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e o controle social (PORTARIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, 2004).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) adota uma política de formação que está de acordo com a política do Ministério da Saúde brasileiro.

Considerando o comprometimento e a responsabilidade do GHC na formação de profissionais para a área da saúde, entendo que é de extrema importância envolver todos os trabalhadores na implementação da política e de processos de educação permanente em saúde, visto que esta pode ser considerada como uma das bases estratégicas para a formação de novos profissionais, além da qualificação e atualização constante dos trabalhadores já contratados da instituição.

Na perspectiva da educação permanente em saúde, um dos programas estratégicos do GHC é a Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) que foi implantada em julho de 2004 e tem como princípios orientadores a integralidade, o trabalho em equipe, a humanização e a educação permanente. É neste contexto que se constrói e se fortalece a proposta de ensino-aprendizagem da residência permitindo a comunicação, diálogo e construção de saberes e conhecimentos (Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC, 2009).

Este trabalho de conclusão nasce da minha inserção no contexto de formação da Residência Integrada em Saúde desde 2005 quando fui residente deste programa no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e, atualmente como preceptora da ênfase de Terapia Intensiva. Na minha percepção alguns profissionais que ingressam nesta pós-graduação não têm a real dimensão da proposta de ensino da Residência Integrada em Saúde. Diante de algumas situações não assumem postura suficientemente crítica, atuante e reflexiva e

tão pouco se sentem inseridos nas equipes de trabalho, não reconhecendo as múltiplas oportunidades de ensino-aprendizagem que esta (con)vivência pode lhe proporcionar. Este meu sentimento e percepção de que o residente pode e deve buscar uma maior interação com as equipes de trabalho de forma a contribuir com a construção coletiva do conhecimento durante o período da sua residência, foi o que me motivou a realizar este estudo. Por meio da realização desta pesquisa, pretendo compreender qual a implicação do residente no processo de ensino-aprendizagem que acontece na RIS/GHC.

Destaca-se a missão da RIS/GHC descrita no seu Projeto Político-Pedagógico:

Formar profissionais para a área da saúde, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, a partir da inserção dos/as mesmos/as em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS (Projeto Político-Pedagógico, 2009, p.4).

Alguns dos residentes trazem como experiências anteriores modelos tradicionais de práticas de saúde e ensino que, ao longo da residência, devem ceder espaço à construção gradual do próprio conhecimento facilitada pela interação com as equipes dos serviços por onde passam. Sendo assim, justifica-se a realização desta pesquisa, uma vez que, a proposta de formação em serviço da RIS vai ao encontro da política de educação permanente em saúde em construção no GHC.

Pesquisar o envolvimento e a implicação do residente na construção do conhecimento no processo de formação, tendo como referência a educação permanente em saúde, pode contribuir para avaliar como de fato este processo vem sendo trabalhado nesta instituição, bem como, discutir possíveis potencialidades e até mesmo fragilidades de nossa realidade. Além disso, espera-se contribuir para uma reflexão sobre a formação que estamos oferecendo aos profissionais que ingressam neste programa de pós-graduação de formação em serviço.

A Educação Permanente em Saúde reconhece nos processos de trabalho, nas práticas cotidianas e nas relações da equipe a oportunidade da aprendizagem. Na área da saúde, a Educação Permanente em Saúde proporciona a ressignificação dos saberes e práticas, incluindo as constantes mudanças tecnológicas e variadas necessidades de saúde (BRITO; SANTOS, 2006).

A Residência Integrada em Saúde (RIS) vem buscando desde 2004, ano de seu início, propor uma experiência de comunicação entre diferentes profissionais, constituindo um plano interdisciplinar marcado pela constante troca entre saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos (BALDISSEROTTO et al, 2006).

Considerando a formação em serviço como eixo estruturante da residência, na qual a produção do conhecimento surge a partir do trabalho cotidiano do próprio serviço, surge meu problema de pesquisa: Como o residente se envolve ou se implica no processo de construção do conhecimento ao longo da sua formação na Ênfase de Terapia Intensiva da RIS/GHC.

Nesta perspectiva, o presente estudo busca compreender como o residente da Terapia Intensiva se envolve e se implica no processo da construção do conhecimento durante o seu período de formação na RIS/GHC tendo como base a Educação Permanente em Saúde.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM EM SAÚDE: POR QUE MUDAR?

A discussão de uma nova formação profissional na área da saúde não é tão recente. Há mais de 10 anos, Feuerwerker escreveu artigo sobre a mudança da educação médica e residência médica no Brasil. Segundo Feuerwerker (1998, p.59) o aprendizado em serviço através do exemplo e experimentação, possibilita a prática e a construção da experiência clínica e ética nas relações com o paciente/usuário.

Para a autora, as práticas de saúde e a organização dos serviços exercem influência na formação profissional. Desta maneira, novos cenários e conteúdos de ensino-aprendizagem, novas maneiras de pensar e organizar currículos de ensino e, ainda, serviços de saúde mais preparados (acessíveis, eficientes, humanos e democráticos), são fundamentais para a formação de um profissional com um conceito mais amplo de saúde capaz de construir saúde de uma outra maneira (FEUERWERKER, 1998, p. 52 e 53).

Para Marins (2006, p.105) as mudanças necessárias deveriam iniciar desde a graduação dos cursos da área da saúde, porém o modelo pedagógico não tem sido satisfatório e frequentemente está direcionado para a atualização tradicional do saber com pouca valorização e aplicabilidade da educação permanente e seu objetivo de relacionar o conhecimento à realidade.

Considerando a saúde da população, a estrutura dos serviços de saúde, a produção dos saberes e o desenvolvimento de tecnologias, faz-se necessário reorganizar o processo de trabalho e adequar a formação e capacitação dos profissionais da área da saúde a fim de prestar uma assistência de qualidade (MARINS, 2006, p.97).

É fundamental a prática de métodos de ensino-aprendizagem conectados a uma nova forma de interpretação e ação em saúde que estimule a produção do conhecimento na área da saúde. Para tanto, a formação e capacitação dos profissionais da saúde devem estar de acordo com o modelo

de atenção à saúde, contribuindo com aprendizagem e organização do cuidado em saúde (MARINS, 2006).

Para Lopes *et al* (2007, p 151 1 152) a dicotomia entre a formação e a prática vem tensionando a discussão de modelos pedagógicos não tradicionais que adotem na sua formação o contato com as práticas de saúde, suas características, especificidades e saberes da comunidade, desta forma proporcionando uma formação capaz de repensar e até mesmo transformar o processo de trabalho.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42) reforçam esta idéia de que a formação dos profissionais de saúde ainda segue modelos pedagógicos conservadores com foco na doença e, alheio muitas vezes à organização da gestão e estruturação do cuidado.

A formação na área da saúde deve ir além e não deve estar centralizado somente no diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e prevenção da doença. Mais do que somente qualificação técnico-científica, a formação de profissionais da saúde deve ir em busca do atendimentos às reais necessidades de saúde das pessoas, da gestão e controle setorial (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, P. 43).

Os autores referem que a formação e a produção do conhecimento, assim como a atuação profissional e a assistência prestada pelas instituições de saúde, não devem estar descoladas da problematização e reflexão crítica sobre o trabalho em saúde (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, P. 43 E 45).

Rego, Palacios e Schramm (2006) referem que a falha na formação tanto ética quanto técnica dos profissionais da saúde pode ser responsável pela insatisfação com a assistência à saúde. Além disso, de acordo com Ceccim (2005) as capacitações geralmente são trabalhadas de maneira descontextualizadas e acontecem por transmissão de conhecimentos, não proporcionando o real desenvolvimento dos profissionais e não tendo impacto verdadeiro sobre a prática de saúde.

O processo ensino-aprendizagem em saúde caminha para a mudança de acordo com as atuais necessidades de saúde da população e dos trabalhadores como já mencionado anteriormente. Permitir uma reflexão acerca do processo de trabalho por meio de questões práticas do cotidiano e da troca de experiência pode trazer contribuições importantes para o crescimento e melhoria profissional (ARRUDA, 2008).

Para o Ministério da Saúde, o processo de formação do residente busca um processo inovador de ensino-aprendizagem, considerando o cuidado em saúde algo complexo e possível de ser realizado com integralidade de modo a resolver os problemas de saúde, considerando as questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas (BRASIL, 2006b).

A RIS/GHC propõe uma nova maneira de fazer ensino em serviço, através da soma e troca entre diferentes bases de produção de conhecimento, diferentemente da visão em saúde direcionada ao individual e ao biológico, descontextualizada da realidade. Este novo enfoque idealizado pela RIS/GHC que possibilita uma conversa entre diferentes áreas do conhecimento e profissões, surge a partir da necessidade de novas práticas de atenção à saúde considerando a população e o SUS (Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC, 2009).

## 2.2 RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS/GHC

A RIS/GHC foi instituída em julho do ano de 2004 a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. É uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* de caráter multiprofissional, realizada em serviço, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais com qualificação profissional. O foco nos princípios do SUS para atenção à saúde é o suporte para esta residência (Grupo Hospitalar Conceição: Gerência de Ensino e Pesquisa, 2010).

A proposta da RIS/GHC visa a formação de um profissional qualificado e preparado para trabalhar no SUS, com visão crítica que seja capaz de buscar em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade da construção de soluções aos problemas saúde do usuário e organização do serviço (Grupo Hospitalar Conceição: Gerência de Ensino e Pesquisa, 2010).

Esta residência do GHC tem como campo de formação profissional as seguintes áreas (denominadas ênfases): Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Oncologia e Hematologia e Terapia Intensiva da qual participam profissionais de diferentes categorias (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RIS/GHC, 2009).

Para Baldisserotto (2006, p.359), a proposta da RIS/GHC é que seja possível uma integração considerando a necessidade de compreender a importância da interdisciplinaridade e da humanização da atenção visando o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada da realidade por parte dos profissionais em formação.

A RIS/GHC propõe a associação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diferentes formações, na contramão da visão de saúde voltada para o individual e para o biológico (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RIS/GHC, 2009, p.3).

Os princípios orientadores do Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC, têm por base a legislação nacional de criação e regulamentação do SUS, que define os parâmetros necessários para a qualificação da atenção à saúde no Brasil: integralidade, trabalho em equipe, humanização e educação permanente em saúde.

Segundo o Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC, espera-se que o residente possa através das vivências teórico-práticas desenvolver ao longo de sua formação a capacidade e habilidade de:

1. Dominar os conteúdos, as regras e os procedimentos da área específica do trabalho, bem como a habilidade de compreensão desse processo e o entendimento do sistema de rede das relações;
2. Autoplanejar-se, visando a desenvolver flexibilidade no processo de

trabalho; 3. Expressar-se e comunicar-se, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a habilidade de comunicação interpessoal; 4. Estabelecer conexões entre os conhecimentos adquiridos no mundo do trabalho e as vivências do cotidiano (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RIS/GHC, 2009, p. 9).

Além destas habilidades e competências, deseja-se que ao longo da sua formação o profissional que ingressa na residência seja capaz de:

5. Assumir a responsabilidade sobre sua prática, tendo iniciativa, criatividade e abertura às mudanças, implicando a subjetividade na organização do trabalho; 6. Interagir com o sujeito no processo de cuidado, respeitando os princípios éticos envolvidos na atenção à saúde; 7. Compreender e indagar-se acerca da repercussão de seus atos profissionais sobre os serviços e sobre as pessoas; 8. Refletir sobre a qualidade e as implicações éticas de seu trabalho, desenvolvendo autonomia de ação e compromisso social. (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RIS/GHC, 2009, p.10).

De acordo com o Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC, a formação deve ter abrangência suficiente para capacitar os residentes a integrar o sistema de saúde como um todo, qualificando o atendimento ao usuário através da continuidade da atenção.

A definição da Terapia Intensiva como área de ênfase ocorreu a partir do reconhecimento da qualificação do cuidado prestado nas UTIs do GHC e da possibilidade destes espaços tornarem-se propícios para uma formação de acordo com os pressupostos dos SUS. Inicialmente poucos profissionais se comprometeram com o desafio de tornar as UTIs campo de aprendizado da residência, embora fosse reconhecida a importância e necessidade da formação em serviço,: *“Foi preciso a desacomodação e a abertura para um novo olhar sobre ensino-assistência que tivesse implícito em sua forma o aprender a aprender”* (BALDISSEROTTO, 2006).

Atualmente, passados mais de 5 anos do início da ênfase em Terapia Intensiva, penso que a residência é mais valorizada nos serviços e até mesmo entendida como necessária para formação profissional. O residente vem ocupando um lugar reconhecido e conseguindo se inserir nas equipes de trabalho dos diferentes campos de formação da ênfase através da participação em *rounds* multidisciplinares, desenvolvimento de pesquisas dentro dos

serviços, atuação nos protocolos institucionais, presença em reuniões de equipe e treinamentos.

### 2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O mundo do trabalho torna-se, cada vez mais, cenário de mudança e transformações em que o saber passa a ser transitório e a educação permanente uma estratégia mais do que necessária (RIBEIRO, 2006, p. 285).

A Educação Permanente em Saúde como base metodológica para o ensino-aprendizagem em saúde é, sem dúvida, provocadora de tensão para as instituições formadoras e motivação para repensar a prática docente (RIBEIRO, 2006, p.286).

Historicamente, considera-se distante a relação entre a formação acadêmica (teoria) e o trabalho profissional nos serviços de saúde (prática). A Educação Permanente em Saúde vem justamente para desfazer esse pensamento de que teoria e prática são coisas distintas e busca então uma aproximação entre elas (RIBEIRO, 2006, p.288).

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde pode ter um conceito simplificado de “aprendizagem no trabalho”, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho com vistas à transformação das práticas profissionais. A Educação Permanente em Saúde se dá a partir dos problemas reais e valoriza os conhecimentos e as experiências das pessoas. A problematização do processo de trabalho e as necessidades de saúde das pessoas são a base para a formação e educação dos trabalhadores (Brasil c, 2009).

Sendo assim, a Educação Permanente em Saúde compreende uma estratégia para a transformação das práticas de saúde e uma política de formação para o SUS. (LOPES et al, 2007, p.147 e 148).

Para tanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída em 2004 através da portaria nº 198/GM. Considerada conceito pedagógico no setor da saúde, a Educação Permanente deve ser capaz de

relacionar o ensino com as ações e serviços e a docência com a atenção à saúde. E, ainda, realizar a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL d, 2004).

Em 2007, é criada a portaria GM/MS nº1996 que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dentre as definições estão o planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde de acordo com as especificidades de cada região. Para tanto, passa a existir os Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (BRASIL e, 2007).

Na área da saúde, é comum a falta de clareza entre os termos Educação Permanente e Educação Continuada. Para Ceccim (2004, p. 49):

“enquanto a educação continuada aceita acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação de teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”.

Ribeiro (2006, p. 287 e 288), reconhece como amplas e necessárias as ações de educação continuada para a atualização do conhecimento: congressos, jornadas, palestras, capacitações, etc. Porém, reforça que ainda são escassas as capacitações sobre a transformação das práticas dos serviços que vão além da ação somente como aplicação do conhecimento. No que se refere à educação permanente em saúde, este autor afirma que: “as equipes de trabalho tomem os problemas da prática como objetivo de reflexão, buscando encontrar o que pode explicá-los”.

Desta forma, podemos entender que a Educação Permanente em Saúde busca por meio da aprendizagem significativa, uma mudança efetiva do modelo tradicional de fazer saúde. Reconhecida desde 2004 como política de educação e desenvolvimento para o SUS, envolve trabalhadores, estudantes, docentes e até mesmo gestores dos serviços de saúde com a proposta de mudança das práticas cotidianas dos processos de trabalho (LOPES, 2007, p.154).

## 2.4 IMPLICAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

O processo de formação profissional tem sido motivo de discussão e reflexão, uma vez que, é extremamente importante entendermos como este processo pode determinar nosso campo de intervenção e de trabalho. Tradicionalmente, a base da construção do conhecimento que se dá no período de formação acontece como transmissão do conhecimento científico e, muitas vezes, está distante da necessidade do conhecimento exigido para o exercício profissional. (RIBEIRO, 2006, p.290 e 294).

Desta forma, entende-se que articular o conhecimento teórico com a prática pode ser um grande desafio pedagógico (RIBEIRO, 2006, p. 295). Neste sentido, Ceccim (2005, p. 984) traz como relevante e necessária a construção de canais de comunicação com a produção do conhecimento por estudantes e movimentos populares.

Merhy (2004, p.173) considera impossível a separação dos termos educação em saúde e trabalho em saúde e, ainda, refere que esta relação tem impacto direto na construção da competência do profissional. O trabalhador deve se colocar como sujeito ético-político produtor do cuidado e responsável por ele.

Reconhece-se cada vez mais a necessidade de articulação entre a produção do conhecimento acadêmico e a prática do processo de trabalho, para tanto, Ribeiro (2006, p.296 e 297), sugere o estabelecimento de uma *tríade* que deveria relacionar: a produção do conhecimento, a utilização deste conhecimento produzido no contexto profissional e a Educação Permanente em Saúde.

É importante compreender que o desenvolvimento do conhecimento profissional é construído não só pelo conhecimento científico tradicional, mas também por meio da experiência e como esta é adquirida e interpretada. Logo, cada um percebe e vive as experiências de maneira pessoal, individual e

diferente do outro, porém o conhecimento gerado pela experiência vivenciada pode ser compartilhado e muda de acordo com a situação e contexto (RIBEIRO, 2006, p.298).

Considerando a idéia de que a construção de conhecimento pode se dar fundamentalmente a partir das experiências e de uma prática reflexiva do trabalho, podemos melhor entender o conceito do trabalhador implicado proposto por Ceccim (2004): o trabalhador implicado é aquele que é protagonista efetivo do processo de trabalho e de educação, ou seja, o trabalhador passa a ocupar um lugar de sujeito engajado nas transformações, comprometido com o trabalho, envolvido com o processo de gestão e atenção à saúde.

Merhy (2004, p. 173.) complementa tal idéia afirmando que se faz necessário uma mudança de comportamento, mas que pode ser uma grande provocação questionar o seu próprio modo de cuidar: “*auto-interrogação de si mesmo*”. Tal autor defende a idéia de que a *pedagogia da implicação* é inseparável do desafio que é a educação permanente.

Finalmente, os autores destacados reconhecem ainda o sujeito implicado como aquele que é auto-determinado e comprometido sócio-historicamente com a construção e defesa da vida. Aquele que busca produzir o cuidado em saúde com comprometimento e implicação ético-política em sua prática cotidiana.

Merhy (2010) traz uma reflexão sobre a implicação do ato de cuidar. No texto o autor entende que “*somos... muitos tipos de sujeitos em nós. Temos muitas almas que nos habitam,... em certas situações, ocupam lugares centrais uma em relação à outra*”. Refere ainda que o profissional não é preparado para reconhecer sua multiplicidade e as diversas possibilidades que se expressam no agir. Desta forma não se sentem responsáveis por ações que não reconhecem como suas, que não se sentem incluídos no processo, ou seja, implicados. Para que isso se torne possível, o autor afirma que: “*colocar a implicação em análise seria uma das lógicas da educação permanente como*

*componente das práticas de saúde”.*

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Com a finalidade de compreender a implicação do residente com o processo de ensino-aprendizagem optou-se pela realização de um estudo qualitativo e exploratório, do tipo pesquisa documental.

A pesquisa qualitativa permite aumentar a compreensão da experiência de saúde humana. Concentra-se na experiência humana e o significado que cada indivíduo atribui a suas experiências que se originam do contexto da vida, sua relação com o meio ambiente e sua percepção subjetiva (WOOD; HABER, 2001). Por outro lado, a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade ao problema com o objetivo de explicitá-lo ou construir hipóteses, a fim de aprimorar idéias, descobrir intuições e estimular a compreensão (Gil, p.41, 2006).

Segundo Gil (2006, p. 45), a pesquisa documental se utiliza fundamentalmente de materiais variados que ainda não foram analisados, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Dentre as fontes que ainda não receberam nenhuma análise o autor cita os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, como por exemplo, fotografias, memorandos, boletins, ofícios etc. Como documentos que já foram analisados podem-se citar os relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc.

#### **3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS**

Foram incluídos no presente estudo, textos e registros da ênfase de Terapia Intensiva da RIS/GHC. Para alcançar os objetivos desta pesquisa foram analisados os seguintes documentos: atas de reuniões de ênfase, relatório do Seminário de Integração da RIS/GHC ocorrido em setembro de

2009, avaliação do Seminário Integrado de Políticas Públicas do ano de 2008 e 2009.

Inicialmente realizou-se a busca de documentos que pudessem responder às questões desta pesquisa. O seguinte passo foi a realização de uma leitura de todo o material na tentativa de eleger pontos importantes, aspectos em comum e divergentes das informações contidas nos textos.

Para análise das informações coletadas, utilizou-se a categorização dos dados obtidos de maneira qualitativa, segundo técnica descrita por Minayo (2004). As informações foram classificadas e posteriormente dispostas em categorias.

De acordo com Merhy (2010, p. 2), ao realizar este estudo me considero além de sujeito interessado, sujeito implicado. Como preceptora da ênfase de Terapia Intensiva, estou envolvida na construção de muitos dos materiais utilizados nesta análise documental e por isso, passo a ser pesquisador e pesquisado; analisador e analisado, porém: *“os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo”*.

Na Saúde Coletiva (...) temos trabalhado com dois grandes caminhos científicos para conformar os processos de investigação. De um lado (...) estudos que obedecem a desenhos investigativos, nos quais é claro e fundamental a separação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo; de outro lado, (...) é o conjunto dos estudos que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos de pesquisas que transformam esta “relação-contaminação” em componente dos procedimentos epistemológicos, e que devem ser trabalhados na investigação da forma a mais objetiva possível. A incorporação do subjetivo, como constitutivo da íntima relação entre sujeito e objeto deve ser operada pelos métodos de estudo para permitirem o seu tratamento como um componente qualitativo fundamental, mas objetivável (MERHY, 2010, p.3).

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O acesso aos documentos ocorreu em concordância e após autorização da Coordenação da Residência Integrada em Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa documental e, portanto, excluir a participação direta de seres humanos, o presente trabalho não necessitou ser submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A identidade dos atores identificados nos documentos pesquisados será preservada. Os dados obtidos durante a análise dos documentos serão utilizados apenas para fins acadêmicos.

### 3.4 DIVULGAÇÃO DOS DADOS

O estudo será apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde. Posteriormente, poderá ser também publicado em periódico da área de interesse, bem como apresentado em meios acadêmicos como congressos, jornadas, seminários, etc.

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

## **4 A IMPLICAÇÃO DOS RESIDENTES DA TERAPIA INTENSIVA NO PROCESSO FORMATIVO DA RIS/GHC**

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise documental realizada em busca do entendimento da implicação do residente da ênfase em Terapia Intensiva na construção do conhecimento no processo de formação.

Os dados emergiram a partir da análise de atas de reuniões da ênfase, avaliação dos residentes do Seminário Integrado de Políticas Públicas do ano de 2008 e 2009 e relatório do Seminário de Integração da RIS/GHC de 2009.

### **4.1 A IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE NO PROCESSO FORMATIVO TEÓRICO**

Além da formação em serviço, a estrutura curricular da residência contempla atividades de formação teórica, são elas: atividades integradas de formação teórica (seminários, oficinas, discussão de casos) e atividades de reflexão teórica de campo e núcleo (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO RIS/GHC, 2009).

Os residentes da Terapia Intensiva reforçam a importância da realização de estudos de caso em todos os campos de formação de maneira rotineira. Há o entendimento de que estas atividades de reflexão teórica contribuem para o aprendizado e estimulam o residente ir em busca de conhecimento. Os campos de formação da Terapia Intensiva têm diferentes maneiras de organização e, em alguns deles, os estudos de caso nem sempre acontecem de maneira sistemática. Na análise dos documentos não ficam explícitos os motivos que levam a não realização de estudos de caso em alguns campos, porém sabe-se que fatores como a sobrecarga do profissional responsável pela orientação do residente pode dificultar que tais atividades sejam realizadas rotineiramente. Além disso, a falta de preparo para exercer a orientação e preceptoria (a grande maioria dos profissionais não tem formação docente), pode gerar insegurança neste profissional e sentimento de incapacidade para direcionar as

discussões de casos, pois o mesmo não valoriza a sua prática de trabalho como fonte de conhecimento. As atividades de reflexão teórica de campo e núcleo devem oportunizar aprendizado tanto ao residente como ao profissional orientador, portanto, deve ser um momento de construção de conhecimento para ambos, porém, os atores envolvidos neste processo ainda carregam consigo o modelo tradicional de ensino-aprendizagem por transmissão, quando deveriam ter o entendimento e colocar em prática o conceito da Educação Permanente em Saúde:

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

Se, por um lado, os residentes exigem que os momentos de reflexão teórica de núcleo sejam realizados em todos os locais de formação da Terapia Intensiva, por outro, há o descomprometimento de alguns nas atividades de reflexão teórica de campo. Nas atas das reuniões de ênfase os preceptores relatam frequentemente problemas de assiduidade, pontualidade e participação dos residentes nas aulas teóricas da ênfase. O que não podemos deixar de considerar é o quanto estes residentes se sentem estimulados em participar destas aulas, seja pela falta de interesse ou até mesmo pela qualidade das aulas. Os residentes atribuem a falta de estímulo para participação nas mesmas ao despreparo de alguns professores convidados, à falta de organização de algumas aulas, a pouca participação de alguns preceptores, à falta de continuidade dos temas e à repetição de conteúdos. Sugerem a integração das aulas com outros programas de residência a fim de qualificar e buscar uma abordagem mais multiprofissional, já que na percepção deles algumas aulas são demasiadamente focadas em determinados núcleos profissionais.

Entende-se que a proposta pedagógica da residência foge do modelo tradicional da pedagogia da transmissão e que o residente também deve ser

responsável pela construção do seu conhecimento. Nesse sentido, percebe-se a importância da implicação do residente no processo ensino-aprendizagem, responsável pela busca e construção do saber. A partir desta discussão dentro da ênfase da Terapia Intensiva, os residentes passaram a participar da elaboração do cronograma teórico, pensar em cursos complementares necessários à formação e também ser facilitadores de algumas reflexões teóricas.

Analisando as avaliações realizadas pelos residentes do Seminário Integrado de Políticas Públicas do ano de 2008 e 2009 (atividade integrada de formação teórica entre as ênfases), percebe-se que os residentes consideram esta proposta válida e importante para o aprendizado e reflexão:

*(...) conteúdos das aulas são fundamentais e pertinentes, gerou reflexão para a formação profissional e como cidadão (...)*

*(...) possibilitou troca de conhecimento e experiência*

Além disso, uma didática que possibilite relacionar a teoria com a prática parece também estimular e contribuir para a construção do conhecimento, fazendo com que esse residente se sinta envolvido e implicado no processo ensino-aprendizado:

*“Caso clínico facilita o entendimento dos conceitos, casos cotidianos, exemplos práticos”.*

*“Residente participa através de exemplos relacionados ao tema abordado”.*

A partir dos relatos anteriores, pode-se perceber que, através de uma metodologia diferenciada que facilite a reflexão e discussão da prática, o residente passa a valorizar e se sentir envolvido no processo educativo. Porém, nem todos parecem ter o mesmo nível de comprometimento e interesse necessários, nem todos parecem estar implicados na construção do conhecimento. Alguns parecem apenas querer adquirir conhecimentos que já estão postos, outros já se sentem atores envolvidos e entendem que estar implicado neste processo contribui para a aprendizagem e amadurecimento.

*“Avaliação da turma: (...) alguns participativos e outros pouco comprometidos com a pertinência das aulas para a sua atuação intra e extra residência (...). Falta de interesse de pequenos grupos fez com a aula não atingisse todo o seu potencial.”*

*“Poderia ter maior participação dos residentes”.*

*“(...) pouca presença dos residentes e descaso.”*

*“Acho muito bom os conteúdos. Pode continuar os mesmos.”*

Após leitura desta colocação de um residente, fico me questionando se o mesmo realmente achou o conteúdo excelente ou se falta vontade e estímulo para sugerir, transformar, opinar, criar, enfim, construir outras possibilidades. Ou ainda, se demonstra que o residente muitas vezes vem em busca do aprendizado tradicional, da transmissão do conhecimento e nem sempre se insere e se sente responsável pela construção do saber.

Embora os residentes considerem a proposta do Seminário Integrado, relevante e necessária, ainda assim, surgem algumas críticas ao modo como as atividades vêm acontecendo, relatando deficiência na organização das atividades e desconhecimento da proposta dos seminários por parte de alguns facilitadores, o que compromete a qualidade do aprendizado. Além disso, em diversos espaços de discussão surge como ponto a ser melhorado os horários das aulas do Seminário Integrado. Na percepção dos residentes, o horário não contribui para o aprendizado já que ocorre ao final do dia após as atividades de formação em serviço:

*“(...) residentes exaustos que muitas vezes não contribuem nas aulas”.*

*“Devido cansaço, às vezes não apresentei entusiasmo e dedicação.”*

*“Horário não contribui para o interesse, dificulta a produtividade.”*

Parece difícil compreender como se dá a implicação do residente na construção de conhecimento, pois são diversos fatores que influenciam esse processo. Ora parecem se sentir responsáveis pelo seu aprendizado, ora parecem querer responsabilizar a instituição pelo ensino.

Através da leitura e análise dos documentos pode-se entender que o residente implicado participa de mudanças e cria caminhos para o seu aprendizado. Por outro lado, é necessário que esse residente se sinta envolvido, implicado. E, talvez, quem tenha que assumir o papel de incentivador e fazer com que o residente se sinta implicado é o profissional que está inserido no serviço, seja ele orientador ou preceptor. Estar disposto a ensinar, mas também a aprender e utilizar-se de metodologias que facilitem a reflexão e discussão da prática parecem ser estratégias que podem contribuir para envolver o residente no aprendizado tornando-o um sujeito implicado que segundo Merhy (2010) é “*sujeito interessado que dá valor a certas coisas não a outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras*”.

#### 4.2 A IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Segundo o Regimento Interno da RIS/GHC (2010), as atividades de formação em serviço devem compreender de 80 a 90% da carga horária total da residência.

As atividades de formação em serviço são desenvolvidas junto às equipes de saúde nas quais os residentes estão inseridos e também em outros campos de estágios previstos no programa de cada ênfase como estágios optativos. Essas atividades visam colocar em prática os referenciais orientadores da RIS/GHC, bem como desenvolver o perfil profissional do egresso na prática cotidiana (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO RIS/GHC, 2009).

Referente ao processo de formação em serviço, os residentes referem resistência e desconhecimento do seu trabalho por parte de alguns profissionais dos serviços e que os locais estão despreparados para receber este programa. Reforçam a necessidade de sensibilização das equipes em relação ao processo de formação da RIS.

Além da questão do reconhecimento e acolhimento do residente nos serviços, há que se considerar que a proposta de ensino da RIS é pautada em um novo modelo de saúde que envolve humanização, trabalho em equipe, integralidade e educação permanente em saúde, mas que infelizmente ainda não é a realidade cotidiana dos serviços. Então, o residente na prática se depara com uma proposta de aprendizado e uma realidade que nem sempre proporciona condições ideais para que este seja construído. Como esse residente pode se sentir implicado na formação em serviço, se o sistema de saúde que o espera apresenta tantas falhas e problemas?

Acredito que o residente pode assumir papel de ator da transformação, contribuir para tensionar as mudanças, porém o serviço também tem de assumir alguma responsabilidade nesse processo. Outro ponto negativo que os residentes da Terapia Intensiva colocam é a questão da cobrança exclusiva do residente no papel de transformação dos serviços. De nada adianta depositar no residente uma perspectiva de mudança dos processos de trabalho se os profissionais que compõem as equipes não se envolvem e não se sentem implicados nisso.

Os residentes da ênfase em Terapia Intensiva referem que, além de não existir um plano articulado entre residentes, preceptores e serviços, a atuação das diferentes profissões acontece de maneira fragmentada e dicotomizada. Para tanto, entendem que é necessário uma discussão do processo saúde-doença nas equipes que facilite e contribua para a definição de planos terapêuticos comuns.

Ceccim (2005, p.983) reconhece que transformar as práticas de saúde não é tarefa fácil, uma vez que conceitos como integralidade e intersectorialidade ainda são muito teóricos, pois “*tem enorme dificuldade de sair do papel*”. Além disso, parece que os envolvidos nesse contexto, serviço e instituição formadora, seguem responsabilizando uns aos outros pela dificuldade de transformação das práticas no setor saúde e a mudança na formação dos profissionais:

“Os gestores do SUS que querem transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada...”

que as universidades não têm compromisso com o SUS. Os docentes e as escolas... reclamam que as unidades de saúde não praticam integralidade, não trabalham com equipes multiprofissionais, são difíceis campos de prática..." (CECCIM, 2005).

No Seminário de Integração os residentes questionam a falta de comunicação entre as diferentes ênfases na prática e a falta de integração de informações. Como proposta para resolução do problema sugerem uma rede integrada de acompanhamento e informações e inclusão do prontuário eletrônico na unidade de saúde na tentativa de interligar os níveis de atenção. Mais do que a falta de integração das ênfases, o serviço como um todo apresenta falhas na continuidade do atendimento à saúde, o próprio sistema de referência e contra-referência apresenta dificuldade de atuar em rede. A residência, neste sentido, reproduz e vive um problema que existe no sistema de saúde no qual estão inseridos, mas podemos perceber que o residente se incomoda com isso, tem uma implicação com essa problemática e, por isso, questiona, pensa sobre e problematiza essa questão.

Ainda referente à formação em serviço, a supervisão de campo e núcleo aparece como ponto fragilizado em alguns locais de formação da ênfase. Os residentes questionam a pouca participação de alguns preceptores e a necessidade do aumento do número de preceptores em determinados locais, uma vez que em alguns campos o residente do primeiro ano é "*amparado pelo residente do segundo ano*". Entende-se como dificultadores do processo de supervisão dos residentes a sobrecarga, a falta de capacitação e atualização dos preceptores/orientadores e também a desorganização dos serviços conforme destacados anteriormente.

Como proposta de melhoria e superação das dificuldades, os residentes entendem que avaliar a supervisão realizada em todos os campos de formação da ênfase e devolver essa avaliação para os serviços pode ser uma forma de aperfeiçoar o processo de orientação. A partir disso, os residentes buscam uma forma de organização e realizam a avaliação, sendo que um deles se responsabiliza por sistematizar a avaliação dos campos. Acredito que podemos considerar exemplo de implicação do residente com o processo de

aprendizagem, a medida em que os residentes identificam falhas na supervisão de campo, se sentem incomodados com o reflexo disso na sua formação, e ainda, propõem alternativas de mudança. Ele se sente sujeito envolvido, uma vez que a supervisão está diretamente relacionada com a qualidade da sua formação e, ao mesmo tempo, percebe-se responsável pela mudança, uma vez que se implica no processo avaliativo na tentativa de melhorar esse espaço de ensino-aprendizagem.

Motivo de constantes discussões, a distribuição da carga horária da residência também é pauta repetida nas reuniões de ênfases. Os residentes devem cumprir o programa em regime integral; devem cumprir um total de 60 horas semanais, podendo estar incluídas nesta carga horária no máximo 24 horas semanais de plantão (CARTILHA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE, 2009).

A ênfase em Terapia Intensiva tem uma organização diferente das demais no que se refere à distribuição da carga horária, visto que o serviço funciona de maneira ininterrupta. A formação em serviço compreende, além das atividades assistenciais durante a semana, plantões noturnos e aos finais de semana, não ultrapassando as 60 horas semanais previstas. Muitos dos residentes questionam o número dos plantões bem como a distribuição da carga horária. É recorrente nos registros das atas a solicitação da revisão da obrigatoriedade dos plantões de final de semana assim como a realização de plantões em determinados feriados.

Considerando que a ênfase em Terapia Intensiva (hoje em transição para *Atenção ao Paciente Crítico*) estruturou suas práticas fundamentalmente no meio hospitalar, é válido destacar que sua forma de organização está inserida e é muito semelhante aos serviços de Terapia Intensiva da instituição GHC que até o presente momento foi campo de formação do residente desta ênfase.

Nesse sentido, parece difícil e pouco desejável estruturar uma forma de ensino em serviço muito distante da realidade dos plantões de final de semana e feriados, diferentemente da forma de distribuição da carga horária dos demais serviços – ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Oncologia e Hematologia. Digo isso, porque é fala bastante comum entre os

residentes a comparação, dentre outras coisas, da forma de trabalho, organização e exigência entre as diferentes ênfases. A reivindicação pela não realização de um plantão semanal de no máximo 12 horas e um feriado por ano, leva a crer que o residente não deseja se adaptar à lógica de trabalho desta área do setor saúde.

Para tanto, faz-se necessário pensar e colocar em discussão se a particularidade da dinâmica dos plantões realmente não acrescenta conhecimento à formação como afirmam os residentes. Sugeriu-se que, em substituição da carga horária dos plantões pudessem ser realizadas atividades de educação para a equipe. Esta proposta foi considerada válida por todos e está acontecendo de acordo com o interesse do residente, a necessidade dos serviços e a combinação com os preceptores de cada campo de formação da ênfase.

Por fim, outro assunto que merece destaque e que repetidamente é pauta nas atas de reunião da ênfase é o interesse dos residentes na realização de estágios optativos. A ênfase da Terapia Intensiva proporciona ao residente uma passagem em outros serviços além dos que estão previstos no programa, inclusive em outras instituições de saúde. Parte dos residentes manifesta vontade em realizar o estágio optativo, o que se pode interpretar como interesse na ampliação dos conhecimentos proporcionados nos campos de formação da ênfase. A realização desses estágios não é obrigatória, ou seja, o residente deve ter vontade de realizá-lo e iniciativa em fazer contato com os serviços em que deseja realizar atividades de formação em serviço. Logo, entende-se que, se parte de uma vontade própria do residente a procura por outros lugares que complementem sua formação, o grande disparador disso é a implicação deste profissional com a construção do seu conhecimento.

Outro fator que também devemos considerar é o fato de que muitos destes estágios são realizados em serviços privados que contratam muitos destes profissionais após conclusão da residência. Então, realizar estágio optativo em um serviço privado além de ser uma oportunidade de somar conhecimentos, pode ser uma forma de mostrar o seu trabalho em um serviço que futuramente pode vir a contratá-lo.

A contratação em serviços públicos do profissional formado para trabalhar no SUS também é motivo de debate entre os envolvidos com a residência. Como dito anteriormente, alguns profissionais saem da residência com formação para trabalhar no SUS, porém são serviços privados que absorvem parte dos egressos da Terapia Intensiva. No Seminário de Integração de 2009, os residentes exigem uma maneira de valorização da residência nos processos seletivos e concursos públicos, como por exemplo, através de pontuação diferenciada nos editais das instituições e até mesmo contratação temporária de egressos da residência.

#### 4.3 A IMPLICAÇÃO DO RESIDENTE NA RELAÇÃO COM O CORPO DOCENTE DA RESIDÊNCIA

Constituem a estrutura do corpo docente da RIS/GHC os orientadores de serviço que são todos os profissionais das equipes onde o residente atuar; os preceptores que devem ser referência para o residente devendo promover sua integração com o serviço; os professores convidados que não possuem vinculação direta com a RIS/GHC, mas que são responsáveis pela coordenação de atividades de formação teórica dos residentes e os orientadores de trabalho de conclusão (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO RIS/GHC, 2009).

A relação entre o corpo docente e os residentes compreende parceria, confiança, aprendizado mútuo, deve ser pautada numa pedagogia libertadora que segundo Pereira (2003, p.1527) deve: *“possibilitar a participação ativa do educando no processo da aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas...dos trabalhadores da área da saúde”*.

Os profissionais que fazem a orientação e até mesmo preceptoria também estão num processo de aprendizagem. Muitos não tem formação docente e não se sentem qualificados para exercer tais funções. Também temos que considerar que muitos profissionais ainda consideram a pedagogia tradicional um modelo de ensino em saúde onde *“as ações de ensino estão*

*centradas na exposição dos conhecimentos pelo professor... o único responsável e condutor do processo educativo”* (PEREIRA, 2003, p.1529). Desta maneira, se esses profissionais entendem que devem ser os retentores do conhecimento e, dessa forma, passar todo o seu saber para o residente, surge insegurança e sensação de incapacidade por parte da maioria dos orientadores que são profissionais que trabalham na assistência e não professores com formação acadêmica.

Na prática, percebe-se que existe dificuldade no entendimento do processo ensino-aprendizagem desejado e proposto pela Política de Educação Permanente em Saúde que norteia a lógica da residência: estruturado a partir da problematização do processo de trabalho, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO RIS/GHC, 2009).

Após solicitação dos residentes e concordância de preceptores, coordenação da ênfase e da residência, o processo seletivo para preceptoria inseriu um residente representante de cada ano para participar deste momento. A participação discente no processo de escolha da preceptoria foi uma mudança importante para o processo ensino-aprendizagem desta ênfase, e também uma forma de inserir e responsabilizar o residente em relação a sua formação, permitindo que este se torne sujeito implicado com a construção do seu conhecimento.

O residente se sente implicado na relação com o docente na medida em que sente identificado com este. O distanciamento das relações, a pouca participação dos preceptores em determinados espaços, as dificuldades na supervisão de campo e núcleo, contribuem para que essa relação se torne cada vez mais frágil e que o aprendizado pode ser comprometido.

Como afirmado anteriormente na categoria *implicação do residente com a formação teórica*, apareceu nitidamente que o residente busca justificar sua baixa assiduidade e participação nas aulas teóricas à falta de organização, pouca participação dos preceptores nas aulas e metodologia pouco estimuladora. Além disso, também exigem uma maior participação dos

preceptores nas reuniões da ênfase para possibilitar a discussão e encaminhamentos dos assuntos. Percebe-se que o residente busca uma identificação com o profissional e a implicação deste orientador pode servir de estímulo para a implicação do próprio residente na construção do seu conhecimento. A avaliação positiva que os residentes fizeram em relação ao Seminário de Políticas Públicas em 2008 reforça essa idéia.

O Seminário teve em geral boa avaliação dos residentes, mas pode-se perceber que tal aprovação está diretamente relacionada à satisfação com o professor convidado responsável pela realização das atividades. A seguir, trechos retirados das avaliações demonstram essa afirmativa:

*“A didática, vontade e conhecimento do professor motiva a discussão e participação nas aulas.”*

*“(...) conhecimentos acrescentados através da troca entre professor e residentes”.*

O grupo parece ter se identificado com o professor convidado. Essa identificação pode ter contribuído positivamente para se sentirem envolvidos e diria também implicados na construção do conhecimento.

*“(...) capacidade do professor em envolver os residentes (...), parece “entender” o público das aulas e a proposta RIS”.*

*“Por já ter sido residente, ele entende o nosso lado”.*

*“(...) instigou a ler mais sobre determinados temas”.*

A partir dos relatos anteriores, pode-se perceber que, através da identificação com o profissional facilitador da atividade, o residente passa a valorizar e se sentir envolvido no processo de aprendizagem.

Por outro lado, se os residentes não se sentem motivados e identificados com o docente, o processo da construção do aprendizado pode ficar comprometido. Na avaliação dos Seminários Integrados também é reforçado que o desconhecimento da proposta dos seminários por parte de alguns coordenadores/facilitadores pode comprometer a qualidade das atividades,

além da organização e metodologia utilizadas serem primordiais para um melhor aproveitamento da proposta:

*“Não houve a seqüência de um cronograma lógico das políticas públicas de saúde, acredito que pela troca de facilitadores”.*

*“Senti falta de uma seqüência de assuntos”.*

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de formação da residência, a construção do conhecimento se dá em variadas oportunidades e vai além das atividades de reflexão teórica e de formação em serviço. Oportuniza-se ao residente uma série de outras atividades como a participação nas bancas do processo seletivo da RIS, o planejamento e organização do acolhimento aos residentes ingressantes, representatividade na organização de eventos da instituição, entre outras.

A partir da leitura do material e análise destes documentos, foi possível perceber e entender como o residente da Terapia Intensiva se implica com a construção do conhecimento, e também identificar fatores relacionados ao processo de implicação desse residente ao longo desse processo.

O residente da Terapia Intensiva ocupa os espaços oportunizados de escuta, discussão, avaliação e reflexão, e se utiliza deles para tentar buscar uma melhor formação. Percebe-se isso na sua reivindicação pela realização de estudos de casos sistemáticos, na participação do cronograma teórico, na proposição de cursos complementares, no interesse em realizar estágios optativos, na disposição e interesse em participar dos processos avaliativos. Por outro lado, em alguns momentos entende-se que o mesmo residente que ora parece sujeito implicado na construção do conhecimento, em determinados momentos parece faltar envolvimento e responsabilidade com a construção do conhecimento. Observamos isso através da baixa assiduidade e pouca participação de alguns nas atividades de formação teórica e reclamações constantes quanto ao cumprimento da carga horária.

Dentre os fatores que parecem favorecer a implicação deste residente com a construção do conhecimento destaca-se a utilização de uma pedagogia problematizadora que o estimule a pensar e a relacionar a teoria com a prática; a identificação com o profissional docente bem como o seu interesse, a qualificação e a motivação para o ensino; o acolhimento do residente nas equipes de saúde e a construção de um trabalho interdisciplinar.

A partir das reivindicações por mudanças e descontentamentos com a forma de organização da residência, questiona-se o quanto esse residente se sente responsável pela qualidade da sua formação e qual grau de participação realmente cabe ao residente. Múltiplas oportunidades e espaços de aprendizado são oportunizados, mas tudo isso está diretamente relacionado com o quanto implicado este profissional residentes se sente, para então iniciar um processo de mudança e qualificação da sua formação. Além disso, essas questões podem apontar a necessidade do residente colocar-se como ator social e político atuando de forma organizada e planejada.

A ênfase em Terapia Intensiva passa atualmente por um processo de mudança na sua linha de formação. A partir deste ano, passou a ser chamada de *Atenção ao Paciente Crítico*, por compreender que a necessidade de saúde vai além das paredes de uma Unidade de Terapia Intensiva. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a discussão e (re)formulação da ênfase e também servir de reflexão para os profissionais que estão envolvidos e acreditam no processo formativo da residência. Além disso, a construção deste trabalho serviu como disparador para a realização de outras pesquisas, considerando a diversidade de informações aqui surgidas sobre o processo educativo na RIS/GHC e a necessidade de seguir a discussão e debate do ensino-aprendizado no setor saúde na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. P., et al. Educação Permanente: Uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica. 32 (4): 518-524;2008.**

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

BRASIL a. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2<sup>a</sup> Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL b. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL c. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL d. Portaria nº198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: < [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BRASIL e. Portaria nº1996 GM/MS de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BRITO, A. C; SANTOS, C. M. **Especialização Integrada em Saúde Coletiva modalidade Residência Multiprofissional: em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente da Saúde do Município de Aracaju no modelo saúde todo dia.** \_ In: Brasil. Ministério da Saúde.

Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços, desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

**CARTILHA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE**, 2009. Grupo Hospitalar Conceição - Gerência de Ensino e Pesquisa. Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/riscartilha2009.pdf> acesso em 28 de abril de 2010.

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

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4):975-986, 2005.

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

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa – Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.2, n.3, 1998.

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

Grupo Hospitalar Conceição: Gerência de Ensino e Pesquisa. Apresentação da Residência Integrada em Saúde. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risapresentacao.htm>. Acesso em 3 fev. 2010.

LOPES, S. R. S. L., et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde. 18(2): 147-155, 2007.**

MARINS, J. J. N. et al. **Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde.** In: MARINS, J. J. N. et al. Educação médica em transformação. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

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

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado: o caso da fila do toque e a implicação do ato de cuidar.** Texto disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#capitulos>>. Acesso em 20 fev 2010.

MERHY, E. E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido.** Texto disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#capitulos>>. Acesso em 20 fev 2010.

MINAYO, Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ed. São Paulo: Hucitec, p.269, 2004.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5): 1527-1534, set-out, 2003.

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

Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde, 2009. Disponível em: < <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risghc.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2010.

**REGIMENTO INTERNO DA RIS/GHC**, 2010. Versão preliminar. Gerência de Ensino e Pesquisa.

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

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização.** 4ª ED. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.