

Claudileia Pereira Galvão Buchi

Tania Suely Azevedo Brasileiro

A GESTÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA AMAZÔNIA PARAENSE



Contribuições para a
consolidação da cultura
de hospital de ensino – HE





CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Guillermo Arias Beatón – UH, Cuba

Profa. Dra. Ilma Passos de Alencastro Veiga – UnB

Profa. Dra. Joana D'arc do Nascimento Neves – UFPA

Profa. Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão - UEPA

Profa. Dra. Laura Marisa Carnielo Calejon – UNISUL

Profa. Dra. Iranir Lauer Lelis – UFOPA

Claudileia Pereira Galvão Buchi

Tania Suely Azevedo Brasileiro

A GESTÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA AMAZÔNIA PARAENSE

Contribuições para a consolidação da cultura
de hospital de ensino – HE

1ª edição

Brasília-DF, 2021

 **Rosivan**
Diagramação & Artes Gráficas

© Claudileia Pereira Galvão Buchi e Tania Suely Azevedo Brasileiro, 2021.

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação
Rosivan Diagramação & Artes Gráficas

Catálogo da Publicação na Fonte.

Galvão-Buchi, Claudiléia Pereira

A gestão da formação em serviço na Amazônia paraense: contribuições para a consolidação da cultura de hospital de ensino - HE [recurso eletrônico] / Claudileia Pereira Galvão Buchi e Tania Suely Azevedo Brasileiro. – Brasília: Rosivan Diagramação & Artes Gráficas, 2021.

1 PDF.

ISBN 978-65-80423-13-2

1. Educação – Saúde – Pará. 2. SUS. 3. Residência multiprofissional. 4. Gestão do ensino. 5. Hospital ensino na Amazônia. I. Brasileiro, Tania Suely Azevedo. II. Título.

CDU 37:614(81.5)

B919g

Elaborada por Verônica Pinheiro da Silva CRB-15/692.

Publicação viabilizada pela Universidade Federal do Oeste do Pará – Instituto de Ciências da Educação – ICED/UFOPA, Grupo de Estudos e Pesquisa PRAXIS UFOPA.

O conteúdo deste livro é de exclusiva responsabilidade das autoras.

SUMÁRIO

7	PREFÁCIO
9	APRESENTAÇÃO
17	CAPÍTULO 1 EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS: MARCO NORMATIVO LEGAL E O PROCESSO FORMATIVO EM SERVIÇO
19	1.1 Panorama histórico: marcos para a constituição do SUS
35	1.2 Educação na saúde e as residências multiprofissionais: evolução histórica
41	1.3 Hospitais de ensino: a gestão e a cultura organizacional da formação em serviço na saúde no Brasil
54	1.4 HE na Amazônia Paraense: <i>locus</i> de assistência e transformação pedagógica
65	CAPÍTULO 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA
66	1.1 Enfoque e tipo do estudo
68	2.2 Instrumentos do estudo.
71	2.3 Fases da pesquisa
73	2.3.1 Aspectos éticos
74	2.4 Dimensões do Estudo
75	2.5 Análise de dados e triangulação de métodos

<i>80</i>	CAPÍTULO 3 A GESTÃO DO ENSINO NA FORMAÇÃO MULTIPROFIS- SIONAL EM SAÚDE NO HE NA AMAZÔNIA PARAENSE: PERCEPÇÃO DOS PESQUISADOS
<i>82</i>	3.1 Participantes da pesquisa
<i>88</i>	3.2 A percepção de HE na Amazônia e a formação em saúde no SUS
<i>102</i>	3.3 A residência multiprofissional em saúde: um estudo de caso
<i>124</i>	3.4 Residentes e egressos: protagonistas do processo de aprendizagem
<i>130</i>	CAPÍTULO 4 A CULTURA DE HOSPITAL DE ENSINO: BASE PARA O ENSINO EM SERVIÇO
<i>139</i>	4.1 Contribuição da Residência Multiprofissional para a Cultura de HE
<i>158</i>	4.2 Projeto político pedagógico - PPP: uma proposta para o ensino em serviço
<i>166</i>	CONSIDERAÇÕES FINAIS
<i>172</i>	REFERÊNCIAS
<i>183</i>	SOBRE AS AUTORAS

PREFÁCIO

O Sistema Único de Saúde é de sua importância para a população, pois busca ofertar de forma gratuita, igualitária, integral e com qualidade a assistência. Além disso, é o local onde as instituições de ensino superior e tecnológicas recorrem para a formação de seus futuros profissionais de saúde ou especialistas, como no caso dos programas de residências.

Agora pensem como isso tudo pode ser executado na região Norte, por todas suas limitações logísticas e de infraestrutura. Contudo, Santarém, a Pérola do Tapajós, local onde se observa o maravilhoso encontro das águas proporcionado pelos Rios Amazonas e Tapajós, na região Oeste do Pará, conseguiu driblar e superar suas limitações para alcançar o reconhecimento do Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Pena (HRBA) como hospital de ensino, bem como, o Campus XII – Santarém da Universidade do Estado do Pará conseguiu implantar sua primeira residência multiprofissional em saúde, o Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

Lógico que contando isso de forma simplista, como descrito acima, você, leitor, não consegue observar toda a complexidade do processo, que é de suma importância, não somente para que o conhecimento seja repassado, mas também para que todos os atores do processo possam fazer uma autoavaliação para minimizar falhas e continuar evoluindo no processo de educação na saúde.

Procurar conhecer a percepção dos gestores aos que estão em formação é necessária, para que se desfaça nós/entraves e possa criar estratégias com a finalidade de fortalecer cada vez mais o processo de ensino na assistência. O

ensino na assistência não é uma via de mão única para quem está no processo de formação, mas sim de múltiplos sentidos, envolvendo todos, em especial, o paciente, pois sempre se busca ofertar o que se tem de melhor.

Neste sentido, as autoras proporcionam, na presente obra, uma linha de raciocínio contínua, em que buscam orientar, primeiramente, sobre o SUS, o programa de residência multiprofissional em saúde, o hospital ensino e como isso acontece no interior da Amazônia paraense.

Para se compreender os capítulos 3 e 4, bem como, as considerações finais, é importante conhecer o delineamento do estudo, que está apresentado no capítulo 2.

No capítulo 3 é apresentado e discutido os papéis dos envolvidos no programa de residência multiprofissional, bem como suas percepções acerca do mesmo. Já no capítulo 4, todos terão informações do papel do programa da residência multiprofissional para a cultura de hospital ensino no HRBA, além de pontos sobre a construção e importância do projeto político pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, o primeiro programa do interior do Pará.

Assim, convido todos para desfrutarem da leitura e fazerem a imersão em conhecimentos existentes na literatura, bem como nos pontos positivos, negativos e percepções que emergem nesse contexto, que aqui estão reunidos, organizados e apresentados para você.

Jataí – GO, 23 de julho de 2021

Prof. Dr. Luiz Fernando Gouvêa-e-Silva
Docente da Universidade Federal de Jataí

Docente da Universidade do Estado do Pará (2008-2018)

Vice-coordenador e membro da comissão de implantação do Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia (2012-2015)

Diretor de Ensino e Pesquisa do HRBA (2013-2018)

APRESENTAÇÃO

As discussões em torno da Educação na Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS - têm sido fortemente marcadas pela busca de melhorias na qualidade tanto da assistência quanto da formação de profissionais da área. No entanto, os termos utilizados para conceituar Educação na Saúde e Educação em Saúde são confundidos e referenciados como se tivessem a mesma definição.

De acordo com o glossário temático do MS (2012, p.19), o qual traz os conceitos sobre Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, quando se refere a Educação em Saúde trata-se do “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou à carreira na saúde [...]”. Já a Educação na Saúde diz respeito à “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.” (BRASIL, 2012, p.20).

Desta forma, as residências em saúde têm papel essencial para a regionalização da saúde, contribuindo para que ocorra a formação destes profissionais localmente, minimizando a carência de especialistas em áreas específicas. A Residência Multiprofissional em Saúde foi criada pela Lei Interministerial MEC/MS nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, é uma modalidade de ensino de formação continuada direcionada aos profissionais da saúde em nível de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a formação em serviço, que tenha minimamente 3 (três) categorias profissionais da área da saúde, salvo a categoria médica.

No Pará, a Residência Multiprofissional é um programa da Universidade do Estado do Pará – UEPA -, em conjunto com os Hospitais associados, que objetiva contemplar as prioridades loco regionais de saúde, respeitadas as especificidades de formação das diferentes áreas profissionais da saúde envolvidas. Em Santarém/PA, este programa tem como principal parceiro e executor o Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna -HRBA.

O HRBA recebe estudantes desde 2011 e, por já vir cooperando com a formação de acadêmicos da graduação e da Pós-graduação na região, auferiu certificação de Hospital de Ensino – HE - em 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.214, tornando-se uma Instituição de ensino credenciada, vislumbrando contribuir com a formação e capacitação dos profissionais da saúde.

O HRBA, configurado como HE, é uma Instituição de saúde que coopera com esta formação profissional. Além das Residências Médicas e Multiprofissionais, tem recebido em suas dependências alunos da graduação de várias Instituições de Ensino Superior – IES - públicas e privadas. Foi esta abertura à comunidade acadêmica que o levou à certificação como Hospital de Ensino.

Concernente a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, os HE's são “[...] estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que sejam certificados [...]” (BRASIL, 2015, p.02). Nesse sentido, ao mesmo tempo que o HRBA se organizava para a certificação de HE, o Governo do Estado do Pará, por meio da UEPA, em parceria com o hospital, elaborou o Projeto de implantação da Residência Multiprofissional em Santarém.

A partir da implantação desta Residência Multiprofissional em Saúde surgiu o interesse pela realização desta pesquisa, que ocorreu por se tratar da proximidade que a pesquisadora principal tem com esta Residência, pois, ao longo do trabalho realizado nos últimos anos no HRBA, especificamente na

Diretoria de Ensino e Pesquisa – DEP, enquanto Coordenadora de ensino, percebeu-se desarticulações na forma de se conduzir a gestão do ensino.

Além das desarticulações, observou-se ainda a indefinição de papéis, agravados por manifestações de insatisfações de preceptores, tutores e residentes ao não atendimento dos objetivos da especialidade oferecida que é na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

Outro fator que motivou a realização desta pesquisa foram as discussões incipientes sobre o tema, visto que, de acordo com os trabalhos levantados no banco de dados do portal da Capes¹, se constatou 218 publicações de dissertações e teses que discutem Residências em Saúde de forma geral, das quais 06 apenas tratam sobre o Programa de Residência Multiprofissional enquanto política de formação, sendo que nesta busca do estado da arte em torno do objeto estudado não foram encontradas produções acadêmicas voltadas para a discussão deste tema na região norte, especialmente, com ênfase na gestão do ensino.

Faz-se relevante estudar sobre a gestão do ensino na educação na saúde nesta Residência, sobretudo, por se tratar de uma região que ainda é considerada por muitos “*isolada*” e, portanto, carente de profissionais da saúde com uma formação especializada.

Desta forma, compreende-se que o Programa de Residência Multiprofissional é uma área fértil para estudos científicos, porquanto esta passa pelo processo de consolidação, em que a gestão do ensino é essencial na formação acadêmica e científica dos residentes, na construção da aprendizagem e fortalecimento da cultura de HE no HRBA, por conseguinte, na região Amazônica, pois se refere a atividades especificamente humanas.

¹ Foram utilizadas teses e dissertações junto ao banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) em 02 de maio de 2016. Estas produções conferem um grau de confiabilidade científica para o desenvolvimento de trabalhos científicos, o qual garante a fidedignidade dos dados da pós-graduação brasileira, podendo ser acessado por toda a comunidade científica, sem necessariamente a pessoa ser cadastrada. É uma base de dados referencial, pois permite a consulta apenas a resumos de teses e dissertações defendidos junto a programas de pós-graduação do Brasil.

De acordo Vázquez (1977, p. 189), como toda práxis, a gestão do ensino enquanto

[...] atividade humana é, por conseguinte, atividade que se desenvolve de acordo com finalidades, e essas só existem através do homem, como produtos de sua consciência. Toda ação verdadeiramente humana requer certa consciência de uma finalidade, finalidade que se sujeita ao curso da própria atividade.

Portanto, esta pesquisa apresenta uma relevância acadêmico-científica, ao se tratar do estudo de um tema que perspectiva melhorar o desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, contribuindo para a formação de profissionais preparados para atuarem nesta especialidade e, conseqüentemente, melhoria dos serviços oferecidos pelo SUS, dando à comunidade acadêmica informações que possam gerar novos estudos.

As informações obtidas durante a pesquisa serviram para reflexões em torno da Residência Multiprofissional desenvolvida em um HE no interior da Amazônia paraense. Esta preocupação se deu, visto que:

[...] a formação dos profissionais de Saúde deve visar ao desenvolvimento das competências necessárias à ação educativa. Construir competências implica articular diferentes saberes para a construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e na incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais comprometidas com um projeto comum de transformação da realidade de saúde (LEITE; PRADO; PERES, 2010, p. 20).

A partir desta vertente, a gestão do ensino tornou-se fator essencial para compreender a complexidade das relações estabelecidas nesta Residência, onde é premente a busca pela melhoria da qualidade da assistência através da formação continuada em serviço e, pela consolidação de uma cultura de HE.

Além disso, a inquietude de pesquisar sobre a gestão da formação em serviço na Residência Multiprofissional em um Programa de Mestrado Acadêmico em Educação, no âmbito da linha de pesquisa da História, Política e Gestão Educacional na Amazônia, ocorreu porque tem-se a oportunidade de se discutir a formação continuada em serviço, atendendo as discussões em Educação e Saúde, respaldados pela a alínea b do edital 2015, descrevendo que pesquisas nesta linha, podem ser realizadas mediante: “b) investigações e análises de aspectos constitutivos das políticas públicas, e das formas de organização e gestão educacional, em espaços escolares e não-escolares;[...]” (UFOPA, 2015, p. 1).

Diante da complexidade de se trabalhar com a única Residência Multiprofissional na região Oeste do Pará, na qual se trata de uma questão nova e que abarca uma relação interinstitucional entre UEPA e HRBA, de uma Residência em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, que envolve profissionais das áreas de Farmácia, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Serviço Social, agravado pelo fluxo de rotatividade de preceptoria, gerando conflitos na concretização desse processo formativo, se faz necessário investigar: Como está sendo desenvolvida a gestão do ensino no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no HRBA/Santarém para consolidação de uma cultura de Hospital Ensino - HE - na região amazônica?

Considerando esta problemática, têm-se as seguintes questões norteadoras:

- Quais as concepções de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia e de HE que os profissionais da saúde implicados neste processo formativo trazem de sua trajetória acadêmica para a formação destes residentes no HRBA/Santarém?

- Qual o perfil dos profissionais da saúde desta Residência que atuam na orientação acadêmica destes residentes, bem como o perfil dos mesmos?

- Quais práticas pedagógicas e ações de formação vêm sendo desenvolvidas pela gestão do ensino (HRBA/UEPA) que favoreçam à consolidação da cultura de HE na Residência estudada?

- Quais as contribuições do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde para a formação de especialistas na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia?

Desta forma, alinhado com a problemática tem-se como objetivo geral analisar a gestão do ensino no Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia desenvolvida no HRBA/Santarém, com vistas a consolidação de uma cultura de Hospital Ensino.

Quanto aos objetivos específicos esses se corporificaram em: a) verificar a concepção de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia dos Profissionais da Saúde envolvidos neste processo; b) traçar o perfil acadêmico dos formadores desta Residência; c) traçar o perfil dos residentes que fazem parte do Programa da Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia e de seus egressos; d) Verificar a concepção de HE dos Profissionais da Saúde envolvidos neste processo; e) mapear as práticas pedagógicas e ações de formação da Gestão do ensino (HRBA/UEPA) para o fortalecimento de uma cultura de HE na região a partir da percepção dos envolvidos neste processo formativo; f) verificar as contribuições do Programa de Residência Multiprofissional para a formação dos residentes a partir da percepção dos envolvidos neste processo formativo.

Isto posto, este livro está dividido em quatro capítulos, sendo que o primeiro capítulo versa sobre a **Educação na saúde no SUS: marco normativo legal e o processo formativo em serviço**, pontuando momentos históricos que antecederam a criação do SUS, ao mesmo tempo que se faz uma discussão teórica a partir de autores que realizam uma reflexão em torno da formação crítica dos sujeitos para atuação no sistema de saúde vigente no Brasil.

Nesse sentido, embora se constate várias ações em função da constituição do SUS, foi com a Constituição Federal (CF/88) que este sistema foi criado, o que fomentou discussões para a estruturação deste sistema e a urgência em se promover a Educação na Saúde, atendendo o que fora normatizado pela Carta Magna até a criação das Residências em Saúde, bem como a importância dos Hospitais de Ensino para formação em serviço, onde a gestão tem fundamental relevância para entender a dinâmica da cultura organizacional destas instituições, que ao promover assistência à população, cuida igualmente, da formação dos profissionais da saúde.

Ainda neste capítulo apresentamos o *locus* da pesquisa, os participantes, os critérios utilizados para seleção do grupo amostral, bem como os de exclusão, para que se entenda com clareza a extensão do estudo no que refere a residências multiprofissional e os atores envolvidos no processo dessa formação.

O segundo capítulo está sob o título **Trajetória Metodológica da Pesquisa**, a qual descreve o passo a passo dos procedimentos utilizados, como também a abordagem do estudo. Para fundamentar os instrumentos utilizados foi percorrido conceitualmente cada um deles, além de descrever a coleta de dados a partir das categorias eleitas, para em seguida adotar a proposta de Bardin (2011) e de Minayo *et al* (2005), na análise dos dados por meio da triangulação dos métodos.

No terceiro capítulo é demonstrado os resultados da pesquisa e está apresentado sob o título **A gestão do ensino na formação multiprofissional em saúde no HE na Amazônia paraense: percepção dos pesquisados**, trazendo em seu bojo as discussões sobre a visão dos participantes com vistas a verificação da cultura de HE, a partir da certificação deste hospital, dando ênfase à gestão do ensino na Residência Multiprofissional em Saúde face a visão dos constituintes deste programa, dos quais destacam-se os documentos normativos legais, os gestores, os preceptores, os tutores, os docentes, os residentes e os egressos, pressupondo uma análise empírica contextualizada pela discussão acadêmico-científica.

O capítulo quarto dar continuidade à demonstração dos resultados da pesquisa e apresenta-se sob o **A cultura de hospital de ensino: base para o ensino em serviço**. Este capítulo faz referência à importância da cultura do hospital de ensino para o desenvolvimento do ensino em serviço, pontuando sob a ótica dos participantes as contribuições da residência multiprofissional para a consolidação do HE, o que subjaz uma discussão que engloba o Projeto Político Pedagógico – PPP- como elemento que traz uma proposta para a melhoria do ensino na assistência.

Por fim, as **Considerações finais** projetam-se como desfecho de toda a pesquisa fazendo uma retomada da discussão inicial, onde se apresenta a relevância da pesquisa para o desenvolvimento da região amazônica, especialmente, a região oeste do Pará. Para uma compreensão holística de todo o processo, são realizadas recomendações com a finalidade de contribuir com a melhoria e efetividade da cultura de Hospital Ensino, o qual impacta diretamente na formação do profissional da saúde, com notação, os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, desenvolvido interinstitucionalmente entre a parceria firmada entre UEPA e HRBA.

Desta forma, vale ressaltar que na época da defesa da dissertação houve por parte da banca examinadora orientação para sua publicação em formato de livro, no entanto decidimos por realizar publicações de um artigo científico e capítulo de livro, dos quais foram oriundos a partir da dissertação (GALVÃO, 2017) originando-se: **“O ensino em serviço no SUS: reflexões normativo legal e contribuições para a formação profissional na saúde”** pela revista EDUCAmazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (2020); Capítulo 11 **“Gestão do ensino na saúde: formação inicial na relação interinstitucional Universidade – Hospital de Ensino”** do Livro intitulado **“Pesquisas em Educação na Amazônia: contextos formativos”**, publicado pela Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa (2021).

CAPÍTULO 1

EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS: MARCO NORMATIVO LEGAL E O PROCESSO FORMATIVO EM SERVIÇO

Para versar sobre a Educação na Saúde é necessário retomar a diferenciação de Educação em Saúde e Educação na Saúde, inicialmente destacada neste livro. Pretende-se com isto contribuir para ampliar o entendimento e a compreensão de ações de educação e formação em serviço. Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) define Educação em Saúde como:

- 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira.
- 2- Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012, p.19-20).

Para tanto, Falkenberg *et al* (2013) afirmam que essas ações de educação em saúde devem envolver os profissionais de saúde, os gestores como apoiadores e a população que anseia por conhecimentos e informações que lhes deem condições nos cuidados de combate às doenças, individual e coletivamente, promovendo ações educativas voltadas às suas necessidades.

No que se refere à Educação na Saúde, Feuerwerker (2007, p.04) explicita que “[...] educação na saúde é um campo de produção de conhecimento, necessariamente inter/transdisciplinar [...]”, o que implica uma educação voltada aos profissionais da saúde. Corroborando esta afirmativa, o MS define a Educação na Saúde como “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20).

Ao se reconhecer a Educação como transformadora do meio social, enquanto tema que se apresente como uma situação fundamental no desenvolvimento da consciência humana, é necessário discutí-la à luz teórica de autores como Vázquez (1977), Freire (1996), Moreno (2015), Gadotti (2004), Paro (2010), dentre outros considerados relevantes para o estudo. Registramos que Vázquez (1977) discorre sobre a transformação da sociedade, propondo uma discussão voltada para a reflexão da prática como formação crítica do indivíduo (GALVÃO, 2017).

Este autor justifica que a utilização do termo “práxis” se faz necessária no sentido de livrar o conceito de prática do significado predominante que é estritamente utilitário, voltando-se para a consciência mais elevada do pensamento humano e vinculada a práxis real, concebida assim como interpretação do mundo e guia de transformação, onde o ser humano configura-se em um ser ativo, construtor e criador do mundo.

Nesta perspectiva, o problema não se restringe à busca de clareza; o ponto central é a necessidade de uma linguagem que explicita os interesses perseguidos, desafie os sistemas de relevância e de lógica usualmente encontrados no discurso oficial sobre o ensino em serviço. Trata-se de ampliar a proposta para se pensar uma educação que acontece na região Amazônica, especialmente o oeste do Pará, a qual traz peculiaridades geográficas, sendo caracterizada por uma rica biodiversidade. Desta forma, Colares, Gomes e Colares (2012, p. 30) afirmam que:

[...] Uma educação que considere e respeite a diversidade assenta-se na efetivação de um currículo capaz de promover mudanças substanciais nas relações que se estabelecem entre os diferentes, sem, contudo, deixar de considerar os fatores que promovem as desigualdades e atentar para o fato de que a aceitação do outro, do diferente, não é suficiente para a superação das desigualdades que estão presentes nas relações sociais.

É nessa lógica que se propõe uma reflexão sobre a gestão do ensino pautada no redimensionamento e na reconstrução de uma Educação na Saúde focada na desalienação social e política, pois, como afirma Freire (1996, p.26), é preciso “[...] trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar. Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender [...]”.

Esclarecidos os termos referentes à Educação na saúde e Educação em saúde, para ilustrar o arcabouço normativo legal do Sistema Único de Saúde – SUS, evidenciando conhecer a necessidade de formação do profissional para atuar neste, apresentaremos a legislação pertinente referenciando o panorama histórico, corroborada pela fundamentação teórica como sustentação para se discutir a Educação na Saúde, configurada como ensino em serviço.

1.1 Panorama histórico: marcos para a constituição do SUS

Para que haja melhor compreensão sobre o SUS, faz-se importante uma retomada histórica com destaque aos fatos e ações importantes que desencadearam a composição do SUS como uma das maiores políticas de saúde pública brasileira, a qual passa ainda pela busca da concretização dos princípios de integralidade, equidade e qualidade estabelecidos em sua criação.

O olhar lançado nos marcos históricos de criação e consolidação do SUS será realizado sob a ótica de Reis, Araújo e Cecílio (2012), os quais produziram o módulo “Político Gestor” para compor a discussão sobre as

políticas públicas de saúde no Brasil, bem como a legislação estruturante do SUS (2011), elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde - Conass. Desta forma, o recorte temporal foi feito a partir dos investimentos realizados no início do século XX.

Destaca-se como marco inicial a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP - pelo Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Esta lei ficou conhecida como Lei Elói Chaves e levou as primeiras conjecturações em torno da necessidade de atendimento público a classe trabalhadora que era afastada do trabalho por doença ou por acidente (CONASS, 2011).

Em 1932 tem destaque a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPS, acentuando-se como componente de assistência Médica, especialmente pela compra de serviços do setor privado. Vinte e um anos depois, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde – MS - pelo então presidente da República, Carlos Luz, fazendo o desmembramento do Ministério da Educação pela Lei nº 1.920, de 25 de julho, iniciando um processo de modernização do setor da saúde.

Outro marco importante foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS - pelo Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, o qual foi resultado da unificação dos IAPS, consolidando o componente assistencial que derivou na estruturação de um modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, como forma de fortalecimento do movimento de privatização do setor.

Mesmo com outras ações de mudanças, dez anos depois tem destaque a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – Sinpas - pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Dentro desse sistema, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, que se configurou no grande órgão governamental prestador da assistência médica, o qual sobreviveu como órgão posterior à criação do SUS.

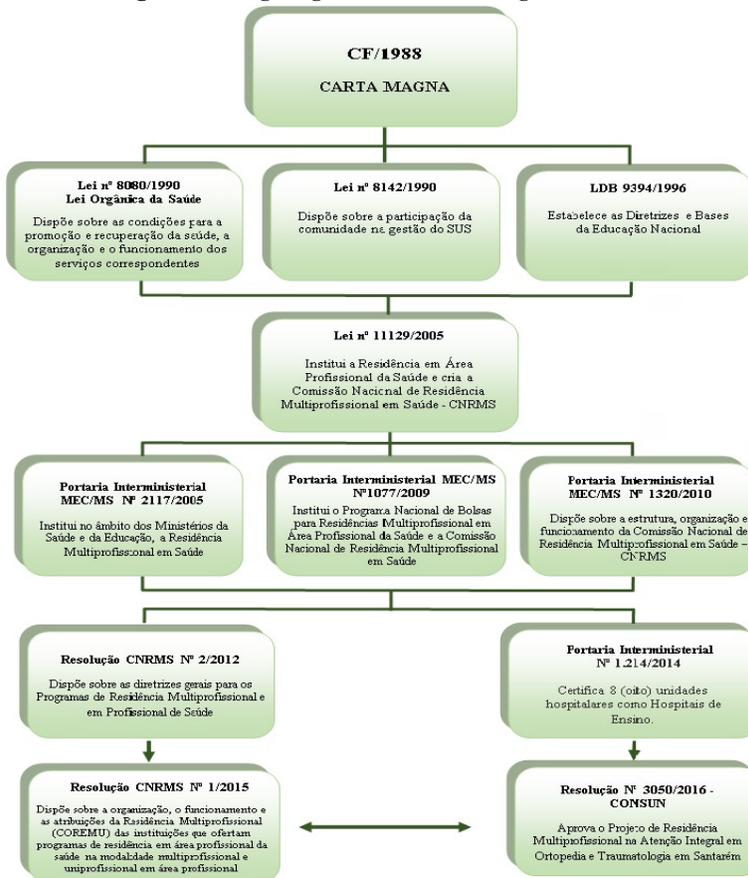
Outro marco na história da saúde brasileira que merece relevo ocorreu em 1982 com a implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS, que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como porta de entrada do sistema. O PAIS tinha como proposta a criação de sistemas de referência e contra referência com atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada. Surgem aqui os principais pontos programáticos que se fazem presentes no SUS.

Foi também em fevereiro de 1982 que os secretários estaduais da saúde criaram o Conselho Nacional de Secretários da Saúde - Conass. Ainda na década de 80, tem proeminência a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consagrou a concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal, como dever do estado, os quais se configuram em princípios legais que corporificariam a Constituição Federal de 1988 - CF/88.

Mas, antes da promulgação da CF/88, especificamente em 1987 teve destaque a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS. Pela primeira vez o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, anunciando a municipalização que se firmaria com o SUS.

A figura a seguir demonstra desde a legislação que regulamenta o SUS, apresentando sua base legal de estruturação com vistas a criação ao fomento da criação da Residência Multiprofissional em saúde até a organização, atribuições e funcionamento destas residências, delineando a Educação na Saúde para os profissionais não médicos.

Figura 1 – Organograma normativo legal do estudo



Fonte: Galvão (2017, p. 29).

Como demonstrado na figura 1, em 1988, foi aprovada a “Carta Magna”, também conhecida como “Constituição Cidadã”, nome dado à CF/88, pois estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do estado”, a qual instituiu a formulação de políticas sociais criando o SUS, conforme descrito em seu artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.73).

A CF/88 vem atender as necessidades individuais e coletivas de interesse público, colocando o atendimento à saúde como responsabilidade e dever do Estado, o que vem descrito no artigo 197, pois esta é direito público subjetivo:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 73).

Como base legal, o SUS enquanto sistema único criado pela CF/88, pressupõe acesso gratuito a todos os cidadãos, bem como as diretrizes nas quais os Governos Federal, Estadual e Municipal devem pautar-se para que seja oferecido um serviço de qualidade àqueles que não têm condições de ter acesso ao sistema particular, como pontuado no artigo 198 e incisos adjacentes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 73).

É necessário entender que o SUS é uma formulação política e organizacional que propõe o reordenamento da gestão do serviço de saúde no Brasil, que vislumbra a sistematização e unificação das ações de saúde em todo o território nacional, objetivando a melhoria da saúde oferecida e disponibilizada à população. Estas ações ficam evidenciadas no artigo 200 e incisos adjacentes da CF/88, em que se pode constatar as competências e atribuições do SUS:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, p. 74).

Dentre as várias competências, tem especial destaque o inciso III, que faz menção da precisão de profissionais que tenham formação específica para atuar na área da saúde. Esta é uma discussão que não se esgota na CF/88, mas se alarga para a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990, a partir das quais possibilitam às Universidades os princípios e diretrizes a serem trabalhados na estruturação dos projetos pedagógicos dos cursos (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080/1990, bem como, a Lei nº 8.142/1990 apresentam os desafios para a formação dos profissionais da saúde, especialmente, nas Residências, onde as promoções dos serviços de saúde objetivam garantir às pessoas e à sociedade condições de conforto físico, mental e social, fazendo-se premente discorrer sobre a Lei nº 9.394/1996 (BRASIL, 1990).

Portanto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 ficou conhecida como Lei Orgânica da Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Dos objetivos do SUS, em seu artigo 5º, inciso III, reforça a urgência de “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

As atividades preventivas descritas na Lei Orgânica da Saúde dizem respeito tanto aos investimentos na formação de profissionais da saúde, como também a disseminação de campanhas educativas preventivas com o intuito de levar à comunidade informações satisfatórias para a prevenção de doenças (BRASIL, 1990).

Esta lei retoma e reforça o dever do Estado de garantir a saúde por meio da execução de políticas econômicas e sociais, assegurando o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A Lei orgânica regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, detalhando os objetivos do SUS, a fiscalização, os princípios e diretrizes em consonância com a CF/88. Ainda é delineado nesta Lei a participação complementar da iniciativa privada (CONASS, 2011).

Em seu artigo 14, chama a atenção para a criação das Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as IES, incluindo-se tanto o ensino profissional como o superior. O parágrafo único deste artigo estabelece:

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos no sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990, p.4).

A Lei Orgânica foi fundamental para se entender as atribuições comuns e específicas de cada esfera governamental, o que compreende a responsabilidade e competência no que tange ao SUS enquanto política, deixando evidente a responsabilidade na formação dos profissionais da saúde para atuarem no SUS.

Na sequência, e no mesmo ano, outra legislação que merece destaque foi a criação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Esta lei instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS, 2011).

Esta Lei especifica a participação de cada esfera do governo por meio das instâncias colegiadas, as quais foram denominadas como Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, com representatividades dos Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde – Conasems. De acordo com o parágrafo 1º do artigo 1º, a Conferência de Saúde terá representação de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde; já o Conselho de Saúde, no parágrafo 2º, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (CONASS, 2011)

Mas, a luta histórica do SUS não se finda com sua criação, mesmo instituído todo o arcabouço jurídico que o regulamenta até os dias atuais, tem-se que lembrar que os desafios para sua implementação efetiva são muitos e são necessárias várias ações. Desta forma, em 1991 ocorreu a criação da Comissão de Intergestores Tripartite – CIT, além da Comissão de Intergestores Bipartite – CIB, ambas para o acompanhamento da implantação do SUS (CONASS, 2011).

As discussões continuaram no sentido de melhorar o funcionamento do SUS. Em 1993 teve destaque a Norma Operacional Básica de 1993 - NOB-SUS 93 - criada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio, procurando

restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio de municipalização que se encontrava enfraquecido. O NOB-SUS 93 beneficiou a população, visto que houve a incorporação de itens de alta complexidade, dando início efetivo ao processo de descentralização política e administrativa da Saúde Pública e dos serviços assistenciais (CONASS, 2011).

Também no ano de 1993 ocorreu a extinção do Inamps pela Lei nº 8.689, de 27 de julho. Todas as funções, competências, atividades e atribuições deste órgão foram absorvidas pelas instâncias Federal, Estadual e Municipal (CONASS, 2011).

Outro ponto que foi fundamental para o fortalecimento do SUS foi a edição da Norma Operacional Básica de 1996 - NOB 96 - pela Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro do mesmo ano, a qual representou a aproximação mais explícita de um novo modelo de atenção. A NOB 96 delineou incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, quais sejam: Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - e o Programa de Saúde da Família - PSF- (CONASS, 2011).

E as lutas por um SUS fortalecido perpassam o século XX, tornando-se ainda necessárias no século XXI, no qual tem destaque em 2002 a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS-, instituída pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro do corrente ano, com ênfase no processo de regionalização do SUS. Isto ocorreu a partir da constatação de que a municipalização do SUS estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde (CONASS, 2011).

Com tantas edições de normas e criações de leis, o SUS ainda passa por estruturações, como ratifica Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 39): “O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social [...]”, necessitando a cada dia atenção e acompanhamento da população para que os seus princípios sejam respeitados e efetivados pelo poder público.

Durante a estruturação e consolidação do SUS outro marco que vem contribuindo para a melhoria da solidificação de uma saúde pública efetiva, aprovado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi o Pacto pela Saúde, unindo um conjunto de reformas nas relações institucionais, funcionando como um acordo interfederativo articulado em três dimensões, onde se estabelecem compromissos entre os gestores, quais sejam: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (CONASS, 2011).

O Pacto pela vida significou duas mudanças na reforma desenvolvimentista do SUS, porquanto substituiu pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios, como também modificou o foco para mudanças voltadas em resultados sanitários. Este pacto representou uma ação prioritária no campo da saúde, onde foram definidas seis prioridades para o desenvolvimento de ações pelos gestores, com destaque para Saúde do idoso, Controle de câncer de colo de útero e de mama, Redução da mortalidade infantil, Promoção da saúde e Fortalecimento da atenção primária (CONASS, 2011).

O Pacto em defesa do SUS surgiu como reafirmação dos princípios do SUS, o que gerou ações e movimentos de mobilização social que culminaram com a mobilização permanente e organizada de diferentes setores da sociedade brasileira, o que envolveu ações concretas por parte do governo no que se refere em defender os princípios basilares do SUS descritos na CF/88. Este Pacto objetivou mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal (CONASS, 2011).

Quanto ao Pacto de Gestão, este funcionou como um choque de descentralização, fomentado pelo processo de desburocratização, visando fortalecer e estruturar as CIB's. Este pacto estabeleceu as responsabilidades de cada ente federativo, objetivando a consolidação da gestão compartilhada e solidária do SUS. Com o Pacto de Gestão,

Foram estabelecidas as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento;

Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, definindo de forma inequívoca um novo pacto federativo sanitário estruturado sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional, buscando na pactuação, a ser estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, as melhores soluções para questões como acesso, a regulação e a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 29).

Concernente Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 46) afirmam que:

Este é mais um esforço para se traduzir, na prática, as grandes diretrizes do SUS construída ao longo de muitos anos. Sem a atuação concreta dos gestores municipais, do controle social, e, principalmente do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, o SUS permanecerá “no papel”, sem ter um papel realmente transformador no cuidado aos brasileiros. Este é um desafio ao se pensar o SUS como política. Não uma abstração, mas um conjunto de ações concretas capazes de transformar, para melhor, a vida das pessoas.

Diante do exposto, verifica-se que tanto a CF/88 quanto a Lei nº 8.080 ensejaram, dentre as várias necessidades de estruturação do SUS, enfatizar a carência de investimentos na formação em serviço para atender os princípios elencados por este sistema.

Desta forma, a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN, confere autonomia às Instituições de Ensino Superior – IES - para a preparação de um currículo completo, no que se refere ao desenvolvimento do ensino em serviço capaz de atender à legislação vigente e as necessidades de profissionais com uma formação voltada para o SUS (BRASIL, 1996).

A LDBEN, em seu artigo 53 institui:

Art. 53. No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízo de outras, as seguintes atribuições:

I - criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta Lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino; (Regulamento)

II - fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes;

III - estabelecer planos, programas e projetos de pesquisa científica, produção artística e atividades de extensão;

IV - fixar o número de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências do seu meio;

V - elaborar e reformar os seus estatutos e regimentos em consonância com as normas gerais atinentes;

VI - conferir graus, diplomas e outros títulos;

VII - firmar contratos, acordos e convênios;

VIII - aprovar e executar planos, programas e projetos de investimentos referentes a obras, serviços e aquisições em geral, bem como administrar rendimentos conforme dispositivos institucionais;

IX - administrar os rendimentos e deles dispor na forma prevista no ato de constituição, nas leis e nos respectivos estatutos;

X - receber subvenções, doações, heranças, legados e cooperação financeira resultante de convênios com entidades públicas e privadas.

Parágrafo único. Para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre:

I - criação, expansão, modificação e extinção de cursos;

II - ampliação e diminuição de vagas;

III - elaboração da programação dos cursos;

IV - programação das pesquisas e das atividades de extensão;

V - contratação e dispensa de professores;

VI - planos de carreira docente [...] (LDBEN, 1996, p. 31).

Sem prejuízo, do que estabelece o artigo 53, a LDBEN traz no artigo 54, parágrafo 1º, que as universidades, no exercício de sua autonomia, têm as seguintes atribuições:

§ 1º No exercício da sua autonomia, além das atribuições asseguradas pelo artigo anterior, as universidades públicas poderão:

I - propor o seu quadro de pessoal docente, técnico e administrativo, assim como um plano de cargos e salários, atendidas as normas gerais pertinentes e os recursos disponíveis;

II - elaborar o regulamento de seu pessoal em conformidade com as normas gerais concernentes;

III - aprovar e executar planos, programas e projetos de investimentos referentes a obras, serviços e aquisições em geral, de acordo com os recursos alocados pelo respectivo Poder mantenedor;

IV - elaborar seus orçamentos anuais e plurianuais;

V - adotar regime financeiro e contábil que atenda às suas peculiaridades de organização e funcionamento;

VI - realizar operações de crédito ou de financiamento, com aprovação do Poder competente, para aquisição de bens imóveis, instalações e equipamentos;

VII - efetuar transferências, quitações e tomar outras providências de ordem orçamentária, financeira e patrimonial necessárias ao seu bom desempenho.

§ 2º Atribuições de autonomia universitária poderão ser estendidas a instituições que comprovem alta qualificação para o ensino ou para a pesquisa, com base em avaliação realizada pelo Poder Público (LDBEN, 1996, p. 32).

Partindo deste pressuposto, as IES contribuem no sentido de almejar uma formação dos profissionais de saúde que atenda aos princípios e diretrizes

do SUS, corroborando com a construção de um ensino que prepare profissionais a partir da realidade vivenciada. Isto se aplica às Residências Multiprofissionais em Saúde, as quais precisam de vínculo com uma Universidade, tanto para emissão da certificação, quanto para oferecer o curso. Para tanto, a partir de 2005 foram delineadas as legislações para estas Residências.

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, juntamente com o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Esta lei destaca no seu artigo 13:

Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato Sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005, p. 3).

Esta lei regulamenta em seus § 1º e 2º, do artigo 13, como será desenvolvida esta Residência, pontuando-a como um programa de cooperação intersetorial, o qual vem favorecer a inserção dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho. Corrobora em seguida, que a residência tem caráter de dedicação exclusiva e deve ser realizada sob a supervisão de um profissional docente-assistencial (BRASIL, 2005).

A Lei nº 11.129/2005 foi melhorada com a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2117/2005 que instituiu no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, para a execução de bolsas para a educação pelo trabalho, destinadas as categorias profissionais que integram a área da saúde (BRASIL, 2005).

Observa-se que a partir de sua criação, as residências em saúde têm se fortalecido. E em 2009, com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077, foi instituído o Programa Nacional de Bolsas para as Residências Multiprofissionais e em área profissional da Saúde, bem como a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, estabelecendo em

seu Artigo 2º que os “Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades locais e regionais, [...]” (BRASIL, 2009, p.01).

Com a criação do SUS e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, sentiu-se a necessidade da criação de estrutura, organização e funcionamento destas Residências. Desta forma, em 2010, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320, a qual instituiu a regulamentação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. (BRASIL, 2010)

Com a definição das atribuições da CNRMS, em 2012 foi publicada a Resolução CNRMS nº 2, que dispôs sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residências Multiprofissional e em Profissional de Saúde em âmbito Nacional. Dentre essas diretrizes, têm destaques:

Art. 3º. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

§ 1º O disposto no caput deste artigo abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

§ 2º As Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde a que se refere o caput deste artigo constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores

e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (CNRMS, 2012, p.1).

Além de definir o conceito de Residência Multiprofissional, esta resolução do CNRMS, descreve as profissões e as parcerias dos programas. Também fica estabelecido, no § 2º do artigo 5º, a orientação para a construção do Projeto Pedagógico – PP - para estas Residências: “O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (CNRMS, 2012, p. 02).

Cabe ressaltar que quando se fala em diferentes profissões, excetua-se a profissão Médica, considera-se uma perda irreparável para o funcionamento das Residências, especialmente, as Multiprofissionais, mas isto é tema para ser referenciado na seção 3.3 deste livro.

Assim, vislumbrando a melhoria das Residências de acordo à sua localização Regional, em 2015 foi publicada a Resolução CNRMS nº 1, de 21 de julho, tratando sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional – Coremu - das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde, na modalidade multiprofissional e uniprofissional (CNRMS N° 1, 2015).

Por meio desta resolução a CNRMS delega as instituições proponentes a constituição e implementação de uma Coremu, objetivando descentralização e deliberação de responsabilidades para melhor gerir as Residências em questão. A Coremu, de acordo esta resolução, artigo 2º, §1º, afirma que será a única responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à CNRMS.

Assim, vem se constituindo a Educação na Saúde para melhoria da formação dos profissionais que atuam nesta área e sua integração no

mercado de trabalho, por meio da formação em serviço para o SUS. Nesse sentido, o próximo tópico tratará sobre a educação na saúde e as residências multiprofissionais no SUS para se compreender a formação destes profissionais a partir de sua constituição histórica.

1.2 Educação na saúde e as residências multiprofissionais: evolução histórica

De acordo com o Ministério da Saúde (1996), há exatos 45 anos, em 1976, foi criada no Brasil a primeira Residência em Medicina Comunitária. Esta residência foi instituída pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo. À época, a Residência apresentava como proposta formar profissionais da saúde com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública.

Em 1977, o Decreto nº 80.281, 05 de setembro, regulamentou a Residência Médica na modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, corporificando a formação em serviço, que era considerada o “padrão ouro” da especialização Médica. Este mesmo decreto, por meio do Ministério da Educação, instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica, a qual ficou incumbida pela implementação dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de ofertas dos programas de residência médica no Brasil (BRASIL, 2006).

Em 1978, a Residência de Murialdo torna-se multiprofissional. Ceccim e Armani *apud* Ferreira e Olschowsky (2010, p. 27) ressaltam que essa Residência adquiriu caráter multiprofissional por oferecer vagas para profissionais da saúde enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários.

Observa-se neste sentido, que mesmo a Residência Multiprofissional ter nascido concomitante a Residência Médica, maior preocupação era dada a área médica, especialmente por este movimento ocorrer na era do complexo médico-industrial, em que no auge da ditadura militar, o Movimento da Reforma Sanitária surge como forma de se resistir ao modelo de formação especializada e fragmentada do conhecimento.

Embora a Residência Multiprofissional tenha nascido na década de 70, só foi regulamentada no ano de 2005 com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, apresentando-se como uma modalidade de ensino em serviço promove a assistência do ponto de vista de vários profissionais, proporcionando um direcionamento dos casos clínicos com um tratamento do ser humano como um todo.

Isto posto, a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no artigo 13 institui a Residência em Área Profissional da Saúde, favorecendo a inserção dos jovens recém-formados numa qualificação para atuarem, especialmente, na rede do SUS. Dentre as ações de formação na saúde, o que abarca desde ações menores de prevenção até a formação *Stricto Sensu*, tem proeminência a formação continuada em serviço dos profissionais da saúde, o que engloba as Residências Médicas e a Residência Multiprofissional.

Nesse sentido, terá destaque a Residência Multiprofissional, a qual oportuniza aos profissionais não médicos Especialização *Lato Sensu* como continuidade da sua formação, garantindo a estes profissionais da saúde conhecimentos em uma área específica.

Partindo deste pressuposto, tendo como base a formação de profissionais da saúde, assume-se que ao se pensar sobre Educação na Saúde é necessário perfilhar o campo da política de formação permanente instituída para os profissionais do SUS, visto que esta política “[...] consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho na saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho [...]” (FALKENBERG *et al*, 2013, p.850).

De acordo com Farah (2003), a educação dos profissionais de saúde é uma preocupação que vem desde a III Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1963, onde foi proposto que os processos educativos assumissem a forma de se evitar o desajustamento técnico, impedindo a fuga do local de trabalho. Este tema também foi debatido nas Conferências Nacionais de Saúde subsequentes. Esses debates foram essenciais para a construção do art. 200 da CF/88, dando evidência ao inciso III, anteriormente destacado, em que compete ao SUS: “III – Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.” (BRASIL, 1988, p. 74).

A ordenação do inciso III na CF/88 representou um marco importante para a construção da educação permanente, visto que isso significa que as questões relacionadas à Educação na saúde fazem parte do rol de atribuições finalísticas do SUS, no qual precisa-se estruturar mecanismos e estratégias que deem conta da função do Estado de incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico ampliando a formação dos profissionais da saúde, objetivando a transformação de suas práticas profissionais (CONASS, 2011).

Além disso, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 ratifica o que foi descrito na CF/88, pois, nos artigos 6º e 14º, estabelece a criação das Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, deixando explícito que é papel do SUS o desenvolvimento de programas que envolvam a certificação e habilitação profissional; da mesma forma, responsabiliza-se pelo desenvolvimento da educação permanente de recursos humanos (BRASIL, 1990; CONASS, 2011).

Mas, foi somente em 04 de setembro de 2003 que houve uma proposta efetiva que reuniu a saúde e a educação, fomentando a definição de uma política de Educação na Saúde, dando concretização a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, a qual foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS - e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro do mesmo ano, a qual foi instituída pelo o MS por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, estabelecendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores (BRASIL, 2004).

A partir desta iniciativa, a Educação Permanente passa a ser uma política pública e enquanto política, os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde passaram a ter como ponto de referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, tendo como objetivos as transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

À luz da Política de Educação Permanente em Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges - decidiu

[...] pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema (BRASIL, 2004, p. 9).

A expressão “Educação Permanente” se apresenta como uma proposta de ação estratégica para a transformação dos processos educativos nos serviços de saúde, como política dá forma ao trabalho de desenvolvimento dos profissionais promovendo, ainda, a articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino formadoras.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho [...] (BRASIL, 2004, p.10).

A Política de Educação Permanente traz como autores e atores fundamentais das instâncias de articulação, dentre outros, as Universidades e Instituições de Ensino com cursos na área da saúde e Hospitais de Ensino, os quais são essenciais como espaço educativo para a reflexão sobre as práticas vividas, aumentando a capacidade de análise e intervenção desses profissionais, constituindo-se uma nova prática, atendendo os princípios do SUS para atuação no modelo assistencial de saúde vigente no país.

Observa-se então, que a Educação não acontece somente nos espaços formais, como universidades e institutos. Atualmente, o ensino está presente no campo da saúde, seja em forma de formação permanente ou formação continuada em serviço, pois faz-se necessária a formação de pessoas. Carlos Rodrigues Brandão (2003, p.7) vem alertando ao longo dos anos:

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. Com uma ou com várias: educação? Educações. [...].

Depreende-se que a educação pode ocorrer em todos os lugares, dentre eles, os hospitais. A Residência Multiprofissional em Saúde é uma forma de constituir-se uma formação diferenciada para os profissionais da saúde, pois esta é um programa de cooperação intersetorial e serve como orientação para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, contribuindo para a construção efetiva do SUS.

De acordo com Farah (2003, p. 2), “A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos [...]”. Desta forma,

A proposta das Residências em Saúde como Multiprofissional e como integrada ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas

possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada as necessidades locorregionais, constituinte de um processo de *Educação Permanente em Saúde* que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive (FARAH, 2003, p. 20).

A Integração Academia-Serviço é fundamento primordial para o alcance dos objetivos propostos para o programa, sendo necessárias a articulação e comunicação constantes entre residentes, preceptores do serviço, tutores, docentes e gestores. Esta articulação permite o planejamento e o acompanhamento das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de ensino e de pesquisa no âmbito desta formação.

É necessário que o profissional da saúde seja proativo, melhore a comunicação, as relações interpessoais, bem como o atendimento ao público. Mas, além de todos esses quesitos, percebam a importância da integração ensino-serviço-comunidade. É imperativo que ocorra o fortalecimento da formação dos profissionais da saúde que se encontram na condição de estudantes, os quais, por meio do desenvolvimento das habilidades cognitivas e afetivas, contribuam com a construção de um sistema de saúde melhor para todos. Concernente Mitre *et al* (2008, p. 2141):

Uma educação voltada para as relações sociais emergentes deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, de rede, de transdisciplinaridade e de interdependência - as quais devem ser levadas a sério, especialmente em um contexto de emergência dos novos referenciais da complexidade, do pensamento sistêmico [...].

Nesse contexto, para incentivar o profissional da saúde residente a implementar ações que transformem a realidade, deve-se proporcionar cursos de qualificação para que os mesmos tenham uma visão holística e reflexiva

dos processos que envolvem as relações sociais. É necessária a valorização do profissional da saúde enquanto participante dos sistemas de saúde, especialmente, por se tratar de um sistema que busca inovações como o SUS.

Assim, na próxima seção faz-se relevante referenciar a importância dos HE's no Brasil, primordialmente, porque a formação em serviço traz uma perspectiva de formação prática e teórico-prática para o profissional da saúde, no qual é fundamental que ao aprender e ao ensinar seja incorporado a estruturação do cuidado à saúde, alinhada ao fomento de uma cultura organizacional para viabilização da formação em serviço no SUS.

1.3 Hospitais de ensino: a gestão e a cultura organizacional da formação em serviço na saúde no Brasil

Para parafrasear sobre a formação em serviço, é premente entender a importância dos Hospitais de Ensino, conhecer o seu conceito, uma vez que ao se abordar esta temática percebe-se que os hospitais que visam a certificação de HE passam por um processo de transformação da cultura organizacional e institucional, a qual necessita reconhecer e colaborar com a construção do ensino e da aprendizagem de estudantes dos cursos de Saúde.

De acordo com o Glossário temático do MS/2012:

Hospital de Ensino, masc. Hospital certificado em conjunto pelos ministérios da Saúde e da Educação como instituição de assistência que participa da formação de estudantes de graduação e de pós-graduação, contribui para a pesquisa, o desenvolvimento científico e a avaliação tecnológica em saúde e que atende a compromissos de educação permanente em saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012, p.24).

Os HE's colaboram com a formação de profissionais da saúde, servindo como espaço de estudos teóricos e práticos da realidade vivenciada. Atualmente,

estas instituições assumem um caráter de cooperadores com o processo de ensino e aprendizagem, porquanto é um “espaço de referência da atenção à saúde para alta complexidade, a formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico” (BRASIL, PORTARIA GM/MS 1.702/2004, p. 01).

Os HE's são instituições que tem como foco a melhoria das práticas realizadas pelos profissionais de saúde por meio de uma avaliação permanente, na qual ocorra o compromisso de todos os envolvidos, permitindo a transparência das informações. Enquanto instituição 100% SUS, aos HE's compete cumprir o que está normatizado pela CF/88, em seu artigo 200, inciso III: “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

De acordo com a Portaria Interministerial Nº 285/2015, “todos os espaços de produção de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem constituir campos de prática de ensino, pesquisa e incorporação tecnológica [...]”, para tanto, os hospitais ensino tem uma abrangência que envolve todas as instituições de assistência à saúde do SUS (PALMEIRA; MATTOS; PETERS, 2012).

Concernente a Cartilha elaborada em 2012 pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), que trata do conceito de Hospital Ensino, pontuam as estratégias necessárias para definir uma instituição de saúde como HE:

É preciso identificar o:

- Perfil assistencial do hospital
- Papel da instituição e sua inserção articulada e integrada na rede
- Papel da instituição na pesquisa, na educação permanente e na formação dos profissionais

E, ainda, avaliar a instituição quanto à qualificação dos processos de gestão hospitalar (PALMEIRA; MATTOS; PETERS, 2012, p.22).

Além disso, é necessário ainda levar em consideração as diretrizes para a estratégia de atenção pactuadas e firmadas entre os HE's e os gestores do

SUS, das quais tem destaque na Portaria GM/MS nº 3.390, de 3 de dezembro de 2013 em seu Art. 23, parágrafos primeiro e segundo:

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde.

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação (PORTARIA GM/MS Nº 3.390, 2013, p. 10).

Diante disso, verifica-se que:

O Hospital de Ensino é uma construção coletiva, onde TODOS — gestores, servidores, docentes e discentes — são responsáveis pelo seu pleno funcionamento e pela manutenção do cumprimento das exigências dos processos de certificação e contratualização. Por esse motivo, Diretores, Chefias e Coordenadores devem estimular e sensibilizar suas equipes quanto à importância dessa construção (PALMEIRA, MATOS; PETERS, 2012, p.32).

Nesse sentido, os HE's têm uma grande relevância para o cenário do ensino e a construção de uma saúde que atenda a necessidade da população, pois estes contribuem com a formação de profissionais da Saúde tanto na sua formação inicial como na formação continuada, através das residências em saúde. Uma das vantagens de um hospital assistencial se tornar um HE é fomentar a qualificação da gestão, além de oportunizar o acesso a formação permanente para os agentes.

Assim, para discorrer sobre a gestão do ensino na saúde, é necessário fazê-la levando em consideração o quadrilátero que envolve a formação para profissionais da área da saúde. Para tratar deste assunto, Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem relevante contribuição, afirmando que o grande desafio hodierno no que se refere a uma análise crítica da educação no setor da saúde integra o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, os quais servem como instrumento para a construção e organização da gestão da educação na saúde.

É imperativo um movimento de análise reflexiva da gestão do ensino na saúde, especialmente, em se tratando de profissionais do SUS, visto que:

A prática em experimentação, submetida aqui ao ensaio textual, acolhe com exigência política um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Permite, assim, que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Para tanto, o gestor do ensino na saúde deve ter como referência o adequado conhecimento do SUS para contribuir com a formação dos profissionais da saúde, pois [...] “A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho [...]” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

São muitos os desafios do gestor que se propõe a desenvolver atividades de ensino na saúde, contudo, o maior

[...] desafio que se coloca aos profissionais e gestores do sistema de saúde é o de repensar suas práticas e a organização dos serviços, de modo a serem coerentes

com os princípios e diretrizes do SUS, entendendo o processo saúde-doença numa dimensão histórico-social, relacionando-a às determinações sociais dos sujeitos entre si e na sociedade em que vivem (COSTA, 2010, p.86).

Não se faz gestão do ensino na saúde se os profissionais envolvidos não se colocarem como coautores do processo, rompendo com conceitos e práticas tradicionais, em busca de soluções de problemas que envolvem os serviços oferecidos, desenvolvendo iniciativas que produzam mudanças efetivas, mas que estas transformações levem em consideração o atendimento integral, humanizado e de qualidade à sociedade e aos profissionais que se encontram em formação.

Para se entender sobre a gestão do ensino em saúde, é imprescindível fazer uma reflexão para compreender a gestão, notando-se a dinâmica utilizada e sua relação com a qualidade do ensino a partir do princípio da gestão democrática, pois ao falar de gestão democrática, é necessário antes discorrer em torno dos conceitos de administração e gestão no contexto educacional, especialmente por se perceber que ainda existe um equívoco ao se utilizar estes termos, os quais, em sua grande maioria são utilizados como sinônimos. Para tanto, faz-se premente uma concepção holística das conceituações, objetivando subsidiar esclarecimentos e diferenciações entre ambos.

Considerando a administração em seu contexto geral, ao longo da evolução histórica, pode-se entendê-la como sendo

[...] a utilização racional de recursos para a realização de fins determinados. Assim pensada, ela se configura, inicialmente, como uma atividade exclusivamente humana, já que somente o homem é capaz de estabelecer livremente objetivos a serem cumpridos [...] (PARO, 2010, p. 25).

Partindo dessa visão, tendo a administração como “um processo racional, linear e fragmentado de organização e de influência estabelecida de

cima para baixo e de fora para dentro das unidades de ação, [...]” (LÜCK, 2010, p.57), enquanto atividade humana está corroborada e impregnada por um jogo social de interesses, no qual se deve pensá-la a partir das relações estabelecidas entre os sujeitos, visto que “[...] A atividade administrativa é, então, não apenas exclusiva, mas também necessária à vida do homem [...]” (PARO, 2010, p. 26).

É conveniente nesta relação considerar a administração como processo que busca utilizar racionalmente os meios adequados para se alcançar os objetivos propostos. Enquanto atividade especificamente humana vislumbra a apropriação hierarquizada dos mecanismos adequados, que ao longo do tempo foi evoluindo conceitualmente, propiciando uma reflexão mais aprofundada da práxis humana, tornando-se imprescindível o diálogo entre os pares para o alcance das metas e objetivos almejados, dando nascitura à gestão.

Assim, do ponto de vista da práxis humana, total,

[...] que se traduz na produção ou autocriação do próprio homem, a práxis criadora é determinante, já que é exatamente ela que lhe permite enfrentar novas necessidades, novas situações. O homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções [...] (VÁZQUEZ, 1977, p. 247).

O ser humano pela necessidade de se reinventar a cada dia buscou uma visão diferente do que a administração proporcionava enquanto processo burocratizado para então pensar as relações estabelecidas. Deste modo, o termo gestão se conforma para se entender a práxis criadora do sujeito, pois ao se pensar a organização e a racionalização, deve-se considerar as relações sociais, o que implica em considerar que

[...] a consciência se vê obrigada a estar constantemente ativa, peregrinando do interior ao exterior, do ideal ao material, com o que ao longo do processo prático se vai aprofundando cada vez mais a distância entre o

modelo ideal (ou resultado prefigurado) e o produto (resultado definitivo e real). [...] (VÁZQUEZ, 1977, p. 250).

Esta configuração pontuada por Vázquez (1977), que o termo gestão carrega, rompe com a burocratização do processo, objetiva entender as relações sociais, o processo criativo e participativo do ser humano. Neste aspecto, a gestão assume um caráter de transformação do real em busca do ideal, perspectivando uma práxis impregnada da consciência humana.

É no resgate do pensamento crítico que se assume a gestão como uma ação conjunta e participativa que demanda uma visão holística do processo e não fragmentada, rompendo as limitações da administração, pela construção de um processo dinâmico, contínuo e global.

Em linhas gerais, a lógica da gestão é orientada pelos princípios democráticos e é caracterizada pelo reconhecimento da importância da participação consciente e esclarecida das pessoas nas decisões sobre a orientação, organização e planejamento de seu trabalho e a articulação das várias dimensões e dos vários desdobramentos de seu processo de implementação [...] (LÜCK, 2010, p. 36).

À luz teórica de Lück (2010), as mudanças fundamentais na gestão que dão forma a compreensão de que problemas globais demandam ação conjunta e, por isso, participativa, a qual se associa a autonomia na tomada de decisões. Ressalta-se que a gestão não veio para substituir a administração, no entanto, a gestão supera as limitações do enfoque da administração, o que subjaz um trabalho realizado a partir dos princípios do processo de gestão democrática do ensino.

Ao abordar sobre gestão democrática do ensino, se faz relevante a “*priori*” que seja entendido o conceito de democracia. Segundo Ferreira (2004), democracia vem do grego *demokratía*, que significa governo do povo, soberania popular, ou seja, regime de governo que se caracteriza pela divisão de poderes e controle da autoridade.

Desta forma, entende-se que a democracia enquanto valor universal é um processo globalizante que tendencialmente deve envolver cada indivíduo na plenitude de sua cidadania, pois, para que a mesma seja consagrada em qualquer instituição de ensino depende de um esforço coletivo dos envolvidos na situação educacional, porquanto não pode haver democracia plena sem pessoas compromissadas para exercê-la, agindo na superação dos condicionantes do autoritarismo.

Certamente que não vai ser de imediato a efetivação deste processo em sentido literal, mas a “democracia não é um projeto para o futuro, mas uma ação para ser iniciada agora” (RODRIGUES, 2003, p. 40). Portanto, é indispensável que tanto gestores, educadores como educandos se engajem, visto que estes dispõem de funções sociais.

Contribuir socialmente é cuidar para que as injustiças sejam minimizadas. Muito embora aconteça em nível nacional projetos no sentido da acessibilidade a um ensino de qualidade, precisa-se ainda que se preencha a lacuna da omissão de uma participação efetiva por parte dos principais interessados, os estudantes e os professores, porquanto a “democracia que antes de ser forma política, é forma de vida, se caracteriza, sobretudo por forte dose de transitividade de consciência no comportamento do homem” (FREIRE, 2008, p. 88).

O grande movimento do processo de democratização do ensino, e, por conseguinte da gestão do ensino, está em se superar os conflitos existentes entre as classes e profissionais sujeitos à sua gestão. É imperativo que se reconheça no ato de educar possibilidades para se efetivar a democracia. Porquanto, “O processo de ensino-aprendizagem é mais eficaz quando o educando participa, ele mesmo, da construção do seu conhecimento, fazendo seu o conhecimento e não apenas apreendendo o conhecimento” (GADOTTI, 2004, p. 293).

Costa (2010) afirma que o grande desafio dos gestores do SUS é o de fazer uma reflexão em torno de suas práticas, bem como a organização dos serviços, especialmente, por que estas precisam estar coerentes com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, a gestão democrática no ensino em

serviço é fundamental para a formação dos profissionais da saúde. Ações e decisões de gestão pautadas em práticas democráticas fortalecem a cultura do ensino na instituição.

Para tanto, é necessário que este gestor do SUS, primordialmente, o gestor do ensino no SUS, tenha uma visão sistêmica de todo o processo, visto que concernente Capra (2006), esta concepção sistêmica promove uma visão de mundo em que os sistemas são uma totalidade integrada, no qual se tem um pensamento de processo. Este pensamento de considerar o processo deve ser levado em consideração durante o desenvolvimento de uma gestão que esteja imbuída de princípios democráticos no sentido de fomentar um ensino e uma assistência de qualidade e humanizada.

Além disso, vale ressaltar que a gestão democrática ainda considera a gestão da cultura, visto que concernente Lück (2011, p. 82) “É importante ter em mente que o que constitui e mantém uma cultura é um sistema de relações entre as pessoas, a partir de uma prática estabelecida de comunicação verbal e não verbal [...]”. Portanto, uma gestão democrática permite a compreensão das redes de relações estabelecidas no ambiente, tornando-o propício ao diálogo.

Destarte, a preparação de profissionais da saúde qualificados, que analise com criticidade as situações, apontando e sugerindo alternativas, não poderá ser descartada já que a capacidade de aprender a aprender é característica exclusiva do ser humano e, este por sua vez, se apropria do conhecimento adquirido para satisfazer seus anseios e realizações no âmbito profissional.

É fundamental que ocorra o diálogo como forma de estreitar a comunicação entre os profissionais da saúde envolvidos no processo educativo de formação em serviço. Nesse sentido, o gestor assim como

[...] O preceptor tem, então, o papel de facilitador, e, como tal, sua relação com os residentes é horizontal, tendo como principais características o diálogo, o respeito, a colaboração e a confiança, pois desta forma cria-se um ambiente de conforto propício à aprendizagem (MOURA *et. al*, 2013, p.63).

Ao se falar da Residência Multiprofissional em Saúde com foco na gestão do ensino, é necessário vê-la sob a perspectiva de uma gestão democrática participativa, visto que “[...] falar em gestão democrática é abordar a necessidade de participação da coletividade por transformações educacionais [...]” (SILVA; SANTOS, 2015, p. 89), o que ocorre por meio do diálogo, da colaboração e especialmente do respeito mútuo. Mas, para compreender o processo educativo desenvolvido na Educação na Saúde, é necessário perfilar um pouco da história de constituição do próprio SUS brasileiro.

Quando a gestão democrática é referenciada em dado contexto, não se pode esquecer que toda democracia nasce dentro de uma cultura organizacional, pois, são mencionados o modo de trabalho na vivência de determinado grupo. Neste sentido, o próximo tópico visa clarificar os conceitos de cultura, para entender a cultura organizacional de uma empresa, grupo social ou instituição, núcleo deste estudo.

Para se adentrar no tema cultura organizacional, é necessário trazer o conceito de cultura na tentativa de compreender quais mudanças são essenciais para a construção de um ensino fundamentado nos princípios da gestão democrática e participativa.

Desta forma, Chauí (2009) diz que no século XIX, com a filosofia alemã, o conceito de cultura incide por uma metamorfose decisiva, de tal forma que a mesma passa a ser vista como “[...] ruptura da adesão imediata à natureza, adesão própria aos animais, e inaugura o mundo humano propriamente dito. [...]” (CHAUÍ, 2009, p. 26-27). Desta forma, a partir da segunda metade do século XX, o termo cultura passa a ser

[...] entendido como produção e criação da linguagem, da religião, da sexualidade, dos instrumentos e das formas do trabalho, dos modos de habitação, do vestuário e da culinária, das expressões de lazer, da música, da dança, dos sistemas de relações sociais – particularmente os sistemas de parentesco ou a estrutura da família – das relações de poder, da guerra e da paz, da noção de vida

e morte. A cultura passa a ser compreendida como o campo em que os sujeitos humanos elaboram símbolos e signos, instituem as práticas e os valores, definem para si próprios o possível e o impossível, a direção da linha do tempo (passado, presente e futuro), as diferenças no interior do espaço (a percepção do próximo e do distante, do grande e do pequeno, do visível e do invisível), os valores – o verdadeiro e o falso, [...] o belo e o feio, o justo e o injusto – que instauram a ideia de lei e, portanto, do permitido e do proibido, determinando o sentido da vida e da morte e das relações entre o sagrado e o profano (CHAUÍ, 2009, p. 28-30).

É a partir deste conceito clássico de cultura que se faz uma reflexão dos valores empreendidos pelos seres humanos, os quais constituem as relações dentro de uma organização ou classe social. Isto nos remete à busca de compreender que a cultura organizacional é formada partindo do pressuposto que os sujeitos envolvidos têm características específicas, auxiliando para se entender a cultura organizacional de uma instituição.

Nesse sentido, Chiavenato (2005, p.121), ao abordar sobre cultura organizacional, inicia discorrendo que:

Cada organização é uma organização. Cada organização tem suas características próprias, seu estilo de vida e de comportamento, sua mentalidade, sua presença, sua personalidade. Além disso, cada organização apresenta características que nem sempre são físicas, tangíveis ou concretas, visíveis ou mensuráveis. Muitos dos fenômenos que ocorrem na organização são decorrentes de sua cultura. [...].

Da mesma forma ocorre com os HE's, pois estes são instituições de saúde credenciadas para contribuir com a formação de profissionais da saúde. Esta formação sofre influências adotadas pela cultura construída ao longo dos anos, as quais vão depender do perfil organizacional adotado pela gestão, podendo esta ser conservadora ou não.

Desta maneira, para se conhecer a cultura organizacional de um HE é necessário apreciar os valores compartilhados, a conduta adotada, os hábitos e as tradições, visto que:

[...] Para se conhecer uma organização, o primeiro passo é conhecer sua cultura. Fazer parte de uma organização é assimilar a sua cultura. Viver em uma organização, trabalhar nela, atuar em suas atividades, desenvolver carreira nela é participar intimamente de sua cultura organizacional. O modo como as pessoas interagem em uma organização, as atitudes predominantes, as pressuposições subjacentes, as aspirações e os assuntos relevantes nas interações entre os membros, fazem parte da cultura da organização (CHIAVENATO, 2005, p. 125).

É necessário levar em consideração as potencialidades dos sujeitos que produzem essa cultura, o clima estabelecido, porquanto dependendo da estrutura hierárquica e da forma de administração adotada pode ocasionar conflitos nas relações no trabalho em saúde. Isto é preocupante, pois o HE além de não deixar de fornecer os serviços estabelecidos em um Hospital Assistencial, passa a oferecer também formação acadêmica.

Para se entender a dinâmica da cultura organizacional de um HE, deve-se entender a complexa composição de pressuposições, uma vez que, “A cultura organizacional reflete a maneira como cada organização aprendeu a lidar com o seu ambiente. [...]” (CHIAVENATO, 2005, p. 128), envolvendo situações distintas e valores compartilhados.

A cultura organizacional é parte fundamental para que o processo de ensino-aprendizagem, bem como, o atendimento assistencial, coexistam. É necessário que se estabeleça um clima organizacional adequado para a construção do ensino em serviço, mas que também favoreça que este espaço de formação permita uma assistência humanizada.

Isto posto, a gestão que está à frente do processo educativo e assistencial deve ter uma visão holística e sistêmica, onde se permita a “[...] criação de mecanismos eficientes de comunicação para fornecer a seus membros as significações que eles precisam para contribuir com a performance organizacional” (SENHORAS, 2007, p. 46-47).

Nesse sentido, para que a cultura organizacional de um HE seja fortalecida, é imperioso a tomada de decisões pautadas em princípios da gestão democrática, na qual passe-se a valorizar as pessoas envolvidas, tanto no processo de ensino quanto durante o atendimento realizado na assistência. Assim, para se ter a consolidação da cultura de HE, é necessário entender a cultura organizacional, visto que todas as instituições têm uma cultura específica que traz peculiaridades, especificidades e valores do tipo de gestão adotada. Para tanto,

[...] a concretização de propostas de educação interprofissional significa assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isso implica o desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe (BATISTA, 2013, p.62).

Isto é necessário e relevante, uma vez que as relações estabelecidas na organização são reflexos da cultura adotada. De acordo com Capra (2006, p. 299):

[...] Qualquer sistema de assistência à saúde [...] é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultura. Como esses contextos muda continuamente, o sistema de assistência à saúde também, adaptando-se às sucessivas situações e sendo modificadas por novas influências econômicas, filosóficas e religiosas [...].

A cultura organizacional dos HE's deve traduzir a forma como os profissionais concebem o ensino em serviço. Isto acontecerá se a gestão do ensino desenvolver ações com princípios da gestão democrática, pois desta forma será propulsor de mudança da cultura, em sua maioria assistencialista dentro da Instituição hospitalar, para uma cultura que considere a formação profissional e o atendimento humanizado.

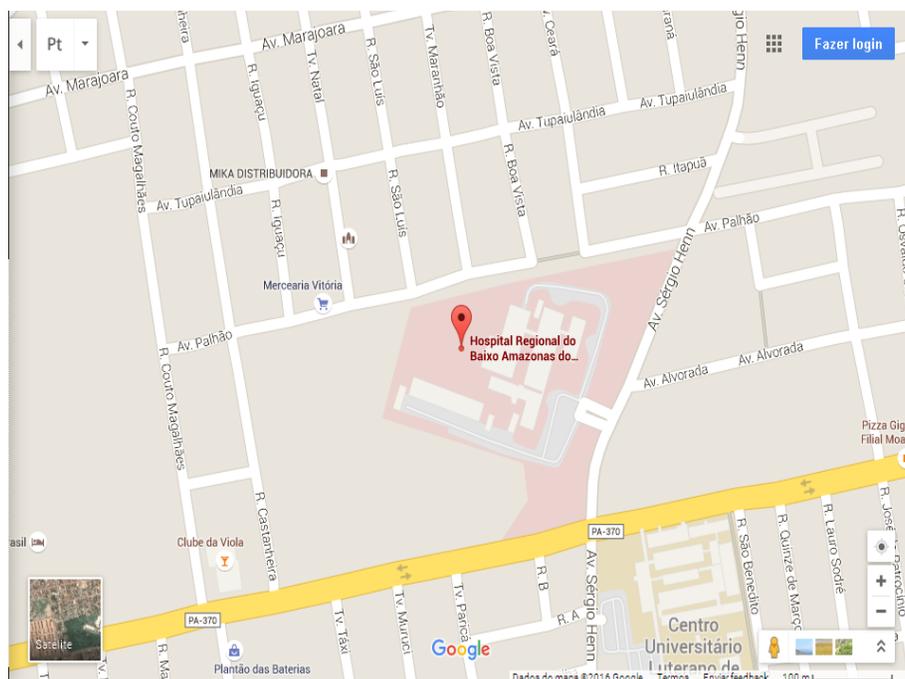
Nesse sentido, vislumbrando compreender o cenário de ensino em serviço para a formação dos profissionais da saúde, na próxima seção apresentamos o HE na Amazônia paraense como *locus* de assistência ao paciente, mas também de transformação pedagógica, local este que tem contribuído significativamente com o desenvolvimento da Educação na Saúde.

1.4 HE na Amazônia Paraense: *locus* de assistência e transformação pedagógica

O *locus* para a realização da pesquisa foi o Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna – HRBA -, por este hospital ser a Instituição Executora da Residência estudada, como também por ser o único HE do interior do Estado. Além disso, a escolha do *locus* ocorreu por se tratar do local onde a pesquisadora desenvolve suas funções de Coordenadora Administrativa de Ensino e Pesquisa, tendo como ênfase o estudo da gestão do ensino na Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia para a consolidação da cultura de HE na Amazônia.

A gestão do ensino na saúde é um elemento importante para a corporificação da Residência Multiprofissional em Saúde na região amazônica, especialmente, por esta formação multiprofissional se desenvolver em um HE que está localizado na cidade de Santarém, compreendendo a região oeste do Pará, especificamente na mesorregião do Baixo Amazonas e à microrregião Santarém, local em que ficam situados o Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna – HRBA - e a Universidade do Estado do Pará – UEPA , conforme ilustrações 2, 3 e 4 a seguir:

Figura 4 – Mapa de Localização do HRBA



Fonte: Galvão (2017, p.56).

O Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará – Dr. Waldemar Penna/HRBA (ver figura 5) está localizado na Av. Sérgio Henn, Nº 1100, Bairro: Diamantino, Cidade: Santarém, UF: PA, CEP: 68.025-000. É um Hospital do Governo do Estado do Pará, cuja proposta de criação foi alicerçada na descentralização da saúde do Estado, levando para a região do Baixo Amazonas do Pará um hospital de referência no atendimento especializado de média e alta complexidade, visando atender a demanda da mesorregião em um município polo (Santarém) mais próximo que a capital, conforme o Plano de Regionalização da Saúde do Estado do Pará.

Figura 5 – Foto do Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna (HRBA)



Fonte: Galvão (2017, p.57).

Conforme o manual de gestão HRBA (2016), ele foi inaugurado em 28 de dezembro de 2006, mas suas atividades iniciaram-se em julho de 2007. Em maio de 2008, a Pró-Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (ABASH) assumiu a gerência dos serviços do Hospital, através de contrato de gestão firmado junto a Secretaria Estadual de Saúde Pública – SESPA, na qual desenvolve este papel até os dias atuais. Com mais de 40 anos de história, a Pró-Saúde – ABASH é responsável pela gestão de Hospitais filantrópicos, Santas Casas, Unidades de Saúde Públicas Estaduais e Municipais e Hospitais Privados no país.

Em 09 de março de 2009 conquistou a Acreditação Nível 1 da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em 2011 firmou o seu primeiro convênio com a Universidade do Estado do Pará – UEPA. No ano de 2012 recebeu as primeiras Residências Médicas.

No ano de 2013, o HRBA recebeu a Residência multiprofissional (áreas: Farmácia, Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional); ainda no mesmo ano, oportunizou a 28 colaboradores/gestores/diretores participarem de três especializações oferecidas pelo Hospital Sírio Libanês, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Pará e a UEPA, a saber: Educação na Saúde para Preceptores do SUS, Regulação em Saúde e Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde. Em 23 de outubro, conquistou a Acreditação Nível 2 – ONA.

Em 2014, o HRBA foi certificado como HE e passou pelo processo de manutenção de Nível 2 - ONA. Recebeu também o 1º prêmio da Federação Brasileira de Administração Hospitalar. Em maio de 2014, a Pró-Saúde ganha licitação para continuar na gestão do HRBA. Em 24 de dezembro o referido hospital foi Acreditado ao Nível 3 – ONA. Em julho de 2015 passou pelo processo de manutenção de Nível 3 – ONA.

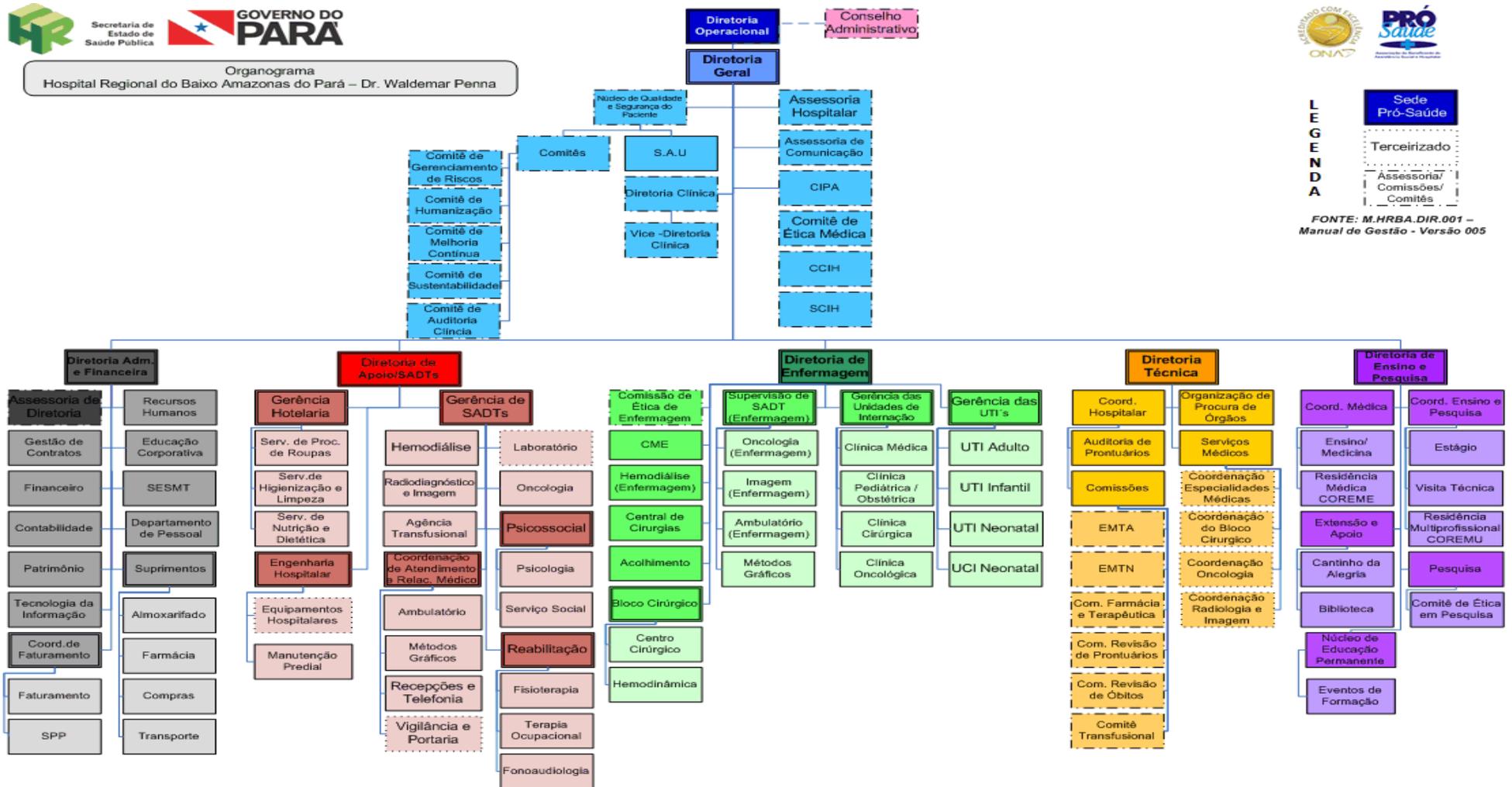
O HRBA é um hospital referenciado e regulado pela Secretaria do Estado do Pará (SESPA) com atendimento 100% SUS e dispõe das seguintes habilitações: UNACON, com Serviço de Radioterapia; Unidade de atenção especializada em Traumato-Ortopedia; Unidade de Assistência de alta complexidade em Nefrologia; Unidade de Assistência de alta complexidade em Terapia Nutricional; UTI II – Adulto; UTI II – Neonatologia e UTI II – Pediátrica (HRBA, 2016).

O hospital disponibiliza à população os seguintes serviços e especialidades: Angiologia e Cirurgia Vascular, Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Buco-maxilar, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Cuidados Intensivos, Endocrinologia, Ginecologia Oncológica, Mastologia, Neurocirurgia, Neonatologia, Ortopedia e Traumatologia, Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica, Oncologia Hematológica, Oncologia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Obstetrícia de alto Risco, Pediatria, Infectologia, Urologia Patologia Clínica, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Reumatologia e Cirurgia Cardíaca (ambulatório e implante de marcapasso) (HRBA, 2016).

Dentro de seus serviços de diagnóstico e tratamento de média e alta complexidades, o HRBA disponibiliza: Hemodinâmica, Ressonância Magnética, Tomografia computadorizada, Raio-X, Ultrassonografia, Endoscopia, Colonoscopia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Braquiterapia, Oncologia Pediátrica, Pneumologia, Eletroencefalograma, Teste ergométrico, Mapa, Holter 24 horas, Terapia Renal Substitutiva, Fisioterapia, Agência Transfusional, Audiometria, Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Densitometria Óssea e Biópsias Guiadas por Ultrassonografia (HRBA, 2016).

Para todos os atendimentos supracitados, o HRBA tem sua estrutura administrativa demonstrada na figura 6 a seguir:

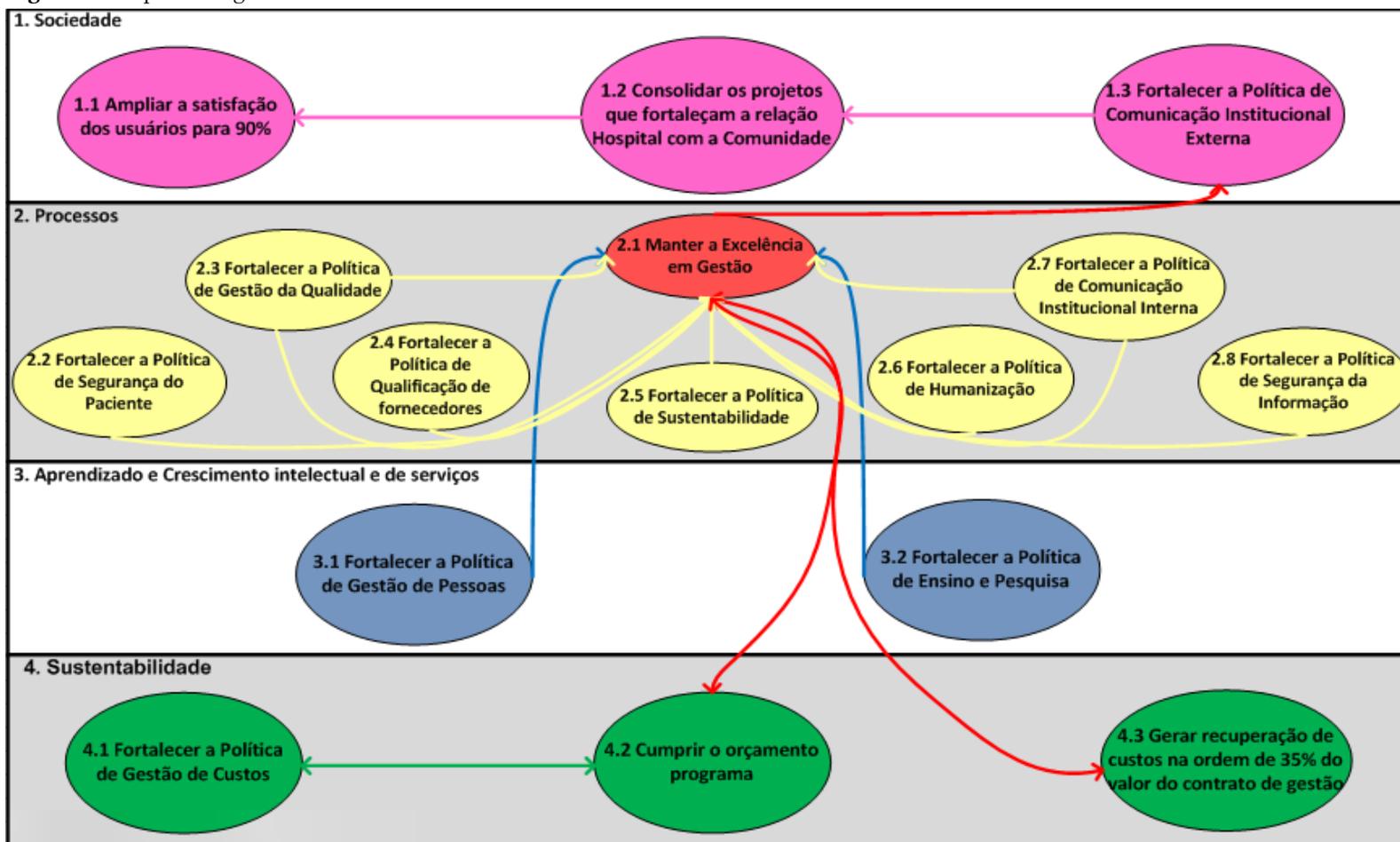
Figura 6 – Organograma do HRBA



Fonte: Galvão (2017, p.59).

Como pode-se observar no organograma do HRBA, sua composição organizacional dispõe de uma estrutura de gestão hierarquizada. A partir dessa estrutura de gestão foi definido o mapa estratégico do hospital com ênfase em manter a excelência em gestão para melhoria da qualidade do atendimento ao usuário, como descrito na figura 7, a seguir:

Figura 7 – Mapa estratégico do HRBA



Fonte: Galvão (2017, p.60).

Este estudo foi realizado no HRBA, junto à Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP), setor responsável pelo acompanhamento e execução do Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, em parceria com a UEPA, a qual participa de todo o processo de planejamento, ações e definições de melhorias delineadas pela Gestão do Hospital.

De acordo com o Manual de Ensino e Pesquisa do HRBA (2015), o Hospital Regional como coautor da formação dos profissionais em saúde, que atuam e atuarão na região amazônica, tem como premissa a preocupação com um ensino pautado não só com a qualidade da prática, mas também com o desenvolvimento sustentável da região. Nesse sentido, cabe ressaltar a importância do HRBA para a formação desses sujeitos, o que se verificou antes e depois de sua certificação como HE.

O HRBA, desde a sua fundação tem se colocado à disposição para receber acadêmicos da graduação e da pós-graduação. O HRBA iniciou o recebimento de alunos da graduação no ano de 2009, mas só em 2011 firmou o seu primeiro convênio com a Universidade do Estado do Pará – UEPA para a realização de estágios curriculares para os cursos de Medicina, Fisioterapia e Enfermagem (HRBA, 2015).

No ano de 2012, em parceria com a UEPA, o HRBA recebeu as primeiras Residências Médicas, compreendendo as especialidades em Cirurgia Geral, Cancerologia Clínica, Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia. Neste mesmo ano, criou a Diretoria de Ensino e Pesquisa para fazer a gestão de todas as atividades de ensino, formação permanente e desenvolvimento de pesquisas (HRBA, 2015).

Desde então, o ensino vem sendo ampliado e se fortalecendo no HRBA, objetivando a formação de profissionais da saúde para atender a demanda da região amazônica circunscrita à região oeste do Pará. Desta forma, iniciou em 2013 a busca pela certificação do hospital em Hospital de Ensino – HE -, sendo certificado como HE em 30 de maio de 2014 pela Portaria Interministerial Nº 1.214, publicada em 02 de junho do mesmo ano.

Vale ressaltar que o processo de certificação dos Hospitais de Ensino - HE é coordenado pelos Ministérios da Saúde – MS - e da Educação – MEC -, com a finalidade certificar hospitais que desenvolvem, além das tradicionais atividades de assistência, formação de recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento tecnológico para o SUS, proporcionando formação permanente e qualificação para profissionais da Saúde.

O programa de certificação do HRBA foi regido pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos que um hospital deve preencher para ser considerado HE, a partir de 4 (quatro) dimensões: atenção à saúde, ensino, ciência e tecnologia e gestão. A partir do ano de 2015, o processo de certificação passa a ser regido pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 285 de 24 de março de 2015 (HRBA, 2015).

Durante o processo de certificação, além da UEPA, o HRBA firmou convênio com outras Instituições de Ensino Superior – IES - públicas e particulares, abrindo campo de estágio curricular, às Faculdades Integradas do Tapajós – FIT -, ao Instituto Esperança de Ensino Superior – IESPES - e, Centro Universitário Luterano de Santarém - CEULS/ULBRA-. Em 2014, constituiu parceria com a Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA - (HRBA, 2015).

Assim, firma-se no contexto amazônico paraense uma instituição de saúde e de ensino que vislumbra atender as necessidades dessa sociedade que clama por profissionais da saúde com uma visão voltada para a mudança social, onde a educação configura-se em uma linguagem pela qual o sujeito toma assento neste lugar e que se reconhece como presença que se pensa a si mesma, que intervém e que transforma (FREIRE, 2011).

Neste aspecto, a Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia foi a propulsora deste estudo, pois despertou-se o interesse em pesquisá-la a partir das ações desenvolvidas pelos gestores do ensino, para vias de consolidação da cultura de HE na região amazônica.

A Residência Multiprofissional em Saúde teve as bolsas aprovadas pela Portaria conjunta nº 7, de 27 de novembro de 2012, com início em 2013, sendo as vagas distribuídas da seguinte forma: Enfermagem – 2; Farmácia – 1; Fisioterapia – 2; Fonoaudiologia – 1; Psicologia – 1; Serviço social – 1 e terapia Ocupacional – 1. O projeto desta Residência foi referendado pelo Conselho Municipal da Saúde de Santarém pela Resolução nº 065 de 19 de dezembro de 2012 e pela Resolução nº 269, de 17 de setembro de 2012 da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará (CIB-SUS-PA). Na UEPA foi aprovada pela Resolução nº 3050/2016 – CONSUN, em 01 de novembro de 2016, pelo Conselho Universitário.

Em 26 de setembro de 2013, a Coremu aprovou a ampliação de vagas de 9 (nove) para 13. As áreas que tiveram ampliação de vagas foram Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia, retirando à época a área de Fonoaudiologia, pois a mesma não foi preenchida em sua primeira oferta. Esta Residência é regida pelo Regimento da UEPA, bem como pelas normas internas do HRBA, enquanto Instituição Executora, descritas nos manuais de gestão e de Ensino e Pesquisa.

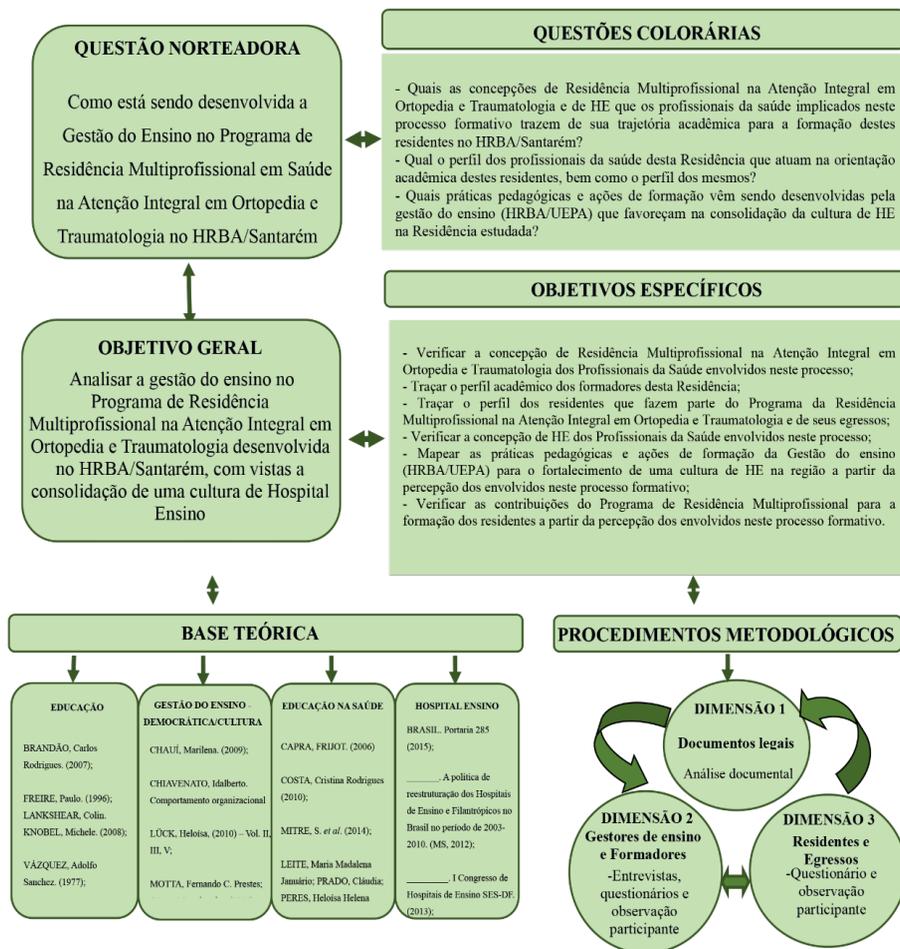
A Residência Multiprofissional em saúde em funcionamento oportuniza a formação de profissionais da saúde da região na área específica na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, visando ter profissionais capacitados para atender a demanda proveniente de acidentes automobilísticos.

CAPÍTULO 2

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

Para tratar da trajetória metodológica da pesquisa é mister apresentar o mapa norteador, na figura 8 abaixo, a partir do qual se tem uma visão geral do que se pretendeu alcançar com este estudo.

Figura 8 – Mapa norteador da pesquisa



Fonte: Galvão (2017, p. 53).

1.1 Enfoque e tipo do estudo

Essa pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso, com recorte microetnográfico, que foi desenvolvido mediante um estudo bibliográfico, documental e de campo.

A pesquisa de abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador esclarecer com profundidade o significado e as características dos resultados e

das informações coletadas, o qual poderá interpretar e compreender a realidade sob o viés de uma visão holística e sistêmica (OLIVEIRA, 2016). Assim, Minayo (2014, p. 57) corrobora afirmando que:

[...] as abordagens qualitativas se conformam melhor as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método que tem como fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação [...].

A vantagem de se trabalhar com a pesquisa qualitativa é devido a compreensão da realidade social, a qual fornece subsídios para desenvolver e aperfeiçoar novas concepções, com a finalidade de contribuir e dispor de um ponto de vista aproximado da realidade.

A abordagem qualitativa pode ser realizada por meio do estudo de caso, da pesquisa documental e etnografia. Portanto, esta pesquisa é um estudo de caso institucional particular e microetnográfico. Concernente Minayo (2014, p.164), “[...] Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. [...]”.

O estudo é microetnográfico, pois, de acordo com Arnal, Rincón e Latorre (1992, p. 209), “La microetnografia. En el estudio de casos se refiere al estudio de una unidad muy pequeña de una organización, no de una actividad [...]”. Assim, a microetnografia se conforma com este estudo, pois subsidia uma observação de dentro para fora, onde a pesquisadora vivencia as situações que circundam o objeto pesquisado, e, não somente uma atividade isolada.

O estudo microetnográfico forneceu elementos que foram imprescindíveis para a realização da pesquisa, no entanto alguns cuidados foram tomados para que a pesquisadora utilizasse de prudência durante a coleta e análise das informações, dentre os quais foram utilizados critérios para que o envolvimento e influência da pesquisadora fossem minimizados, tais como a utilização dos *google forms*.

Diante deste contexto, a primeira etapa da pesquisa se constituiu no levantamento bibliográfico e documental legal das bases constitucionais do SUS, para entender a contextualização basilar do programa de Residência Multiprofissional na Saúde, especificamente na área de concentração “Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia”, desenvolvido no HRBA. Esta etapa congregou ainda os documentos das duas Instituições envolvidas (UEPA e HRBA) que estabelecem as diretrizes e regulam o funcionamento deste Programa de formação continuada em Santarém.

A segunda etapa foi estruturada a partir da realização das entrevistas, aplicação de questionários e observações participantes no *lôcus* do estudo, procedimentos que forneceram as informações necessárias para a análise dos dados, a partir da triangulação de métodos, contrapondo-os com o que apregoa a documentação legal e com o que articulam os autores referenciados sobre o assunto investigado.

2.2 Instrumentos do estudo.

Para esta pesquisa empírica foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: observação participante, entrevistas e questionários, visto que em pesquisas qualitativas auxiliam para se compreender a complexidade dos fenômenos e fatos, possibilitando um entendimento da realidade estudada.

Foi utilizada como instrumento a observação, propositando verificar como o processo de gestão do ensino está sendo efetivado. Este instrumento de pesquisa fornece elementos que não podem ser identificados durante a aplicação de questionários, ou mesmo, na realização de entrevistas. Neste estudo, adotou-se a técnica de observação participante. De acordo com Oliveira (2016, p.81):

Na observação participante, o pesquisador (a) deve interagir com o contexto pesquisado, ou seja, deve estabelecer uma relação direta com grupos ou pessoas, acompanhando-os em situações informais ou formais e interrogando-os sobre os atos e seus significados por meio de um constante diálogo. Esta participação pode ser mais intensa quando o pesquisador (a) é parte integrante do grupo pesquisado, ou seja, quando se identifica com esse grupo pelo cotidiano da vida, das ações e das aspirações.

Sob este viés, a observação participante se torna uma importante estratégia para se verificar a estrutura real do objeto pesquisado, pois serve como ferramenta de análise e ponderação entre os dados coletados pelas entrevistas e questionários, com o que está descrito nos documentos legais, bem como dialogar com o que efetivamente ocorre no espaço estudado, configurando-se em uma pesquisa a partir da triangulação de métodos.

A observação participante faz parte deste estudo, pois “[...] mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe os dados [...]” (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955, p. 355 *apud* MINAYO, 2014, p.273-274).

Para que se tenha maior confiabilidade durante a realização da observação participante, foi premente utilizar a técnica de diário de campo, a qual proporcionou a partir das anotações registradas melhor compreensão das situações observadas. Concernente Minayo (2014, p. 295)

[...] O diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que se observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais,

observações de comportamentos contraditórios com falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos [...].

Desta forma, o diário de campo enquanto técnica complementar, oportunizou observar questões importantes para entender o objeto da pesquisa e os fatores fundamentais para a concretização do estudo, sendo uma ferramenta necessária para se entender o contexto por meio das anotações pontuadas durante todo o processo de coleta dos dados, quais sejam: reuniões demandadas espontaneamente pelos residentes decorrentes da busca para solução das insatisfações pontuadas por eles, que não seriam contempladas nas entrevistas ou questionários.

Assim, faz-se necessário esclarecer que a observação participante ocorreu no decorrer de toda a pesquisa, envolvendo diariamente os profissionais envolvidos com a Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, onde surgiram demandas espontâneas dos residentes na tentativa de resolver as problemáticas existentes, bem como, as definições dos gestores do ensino mediante as sugestões alavancadas para se estabelecer um diálogo com o intuito de melhorar a situação que estava estabelecida nesta.

Outro instrumento utilizado foi a entrevista, a qual permite uma maior aproximação e interação com o participante do estudo. Neste ínterim, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada com roteiro pré-estabelecido, aplicada aos profissionais que se encontram a frente dos trabalhos da gestão do ensino.

De acordo Lankshear e Knobel (2008, p. 171-172):

As entrevistas são interações planejadas, previamente combinadas, entre duas ou mais pessoas, onde alguém é responsável por fazer questões referentes a um tema ou tópico específico de interesse e a outra (ou outras) cabe responder a essas questões. As entrevistas, em geral, são conduzidas pessoalmente ou pelo telefone e, cada vez mais, por *e-mail*. O propósito da entrevista é gerar informações detalhadas e necessárias sobre um evento, programa ou pessoas, que não poderiam ser obtidas por meio da observação ou por outros meios [...].

Para tanto, é necessário se ter cuidado na hora de sua aplicação, pois “[...] é preciso que o entrevistador não interfira nas respostas do entrevistado (a), limitando-se a ouvir e gravar a fala dele (a). [...]” (OLIVEIRA, 2016, p. 86). Além disso, de acordo com Minayo (2014), as entrevistas, como forma privilegiada de interação social, fornecem elementos ao pesquisador das relações, práticas, cumplicidades e omissões que descrevem o cotidiano dos participantes do estudo, sendo fundamental para a compreensão do processo delineado.

Quanto ao questionário, por ser este um instrumento que se mostra relevante para a compilação de informações, foram aplicados questionários com perguntas fechadas e abertas aos residentes (turma 2015), egressos, preceptores, docentes e tutores, e como técnica que abre um leque de oportunidades para a coleta dos dados, o que pode ocorrer presencial ou a distância. De acordo com Oliveira (2016, p. 83):

O questionário pode ser definido como uma técnica para obtenção de informações sobre sentimentos, crenças, expectativas, situações vivenciadas e sobre todo e qualquer dado que o pesquisador (a) deseja registrar para atender os objetivos de seu estudo. Em regra geral, os questionários têm como principal objetivo descrever as características de uma pessoa ou de determinados grupos sociais.

Nesse sentido, ao se planejar o questionário deve-se ter o cuidado quanto ao número de perguntas, buscando construir questões objetivas. Faz-se necessário, portanto, um olhar criterioso do pesquisador formulando “[...] questões precisas e em número razoável para não ocupar o pesquisado (a) por mais de trinta minutos” (OLIVEIRA, 2016, p. 83).

2.3 Fases da pesquisa

Para melhor compreensão da pesquisa, este estudo ocorreu em quatro fases, as quais serão descritas objetivando conhecer o passo a passo delineado

para a coleta, análise e interpretação dos dados, produzidos pelo estudo documental e empírico.

A primeira fase da pesquisa se constituiu na busca da legislação e documentações sobre o SUS, a Residência Multiprofissional e o papel dos gestores a partir dos documentos internos localizados na Diretoria de Ensino e Pesquisa – DEP - do HRBA e dos documentos nacionais que tratam da temática, realizando uma pré-análise.

A segunda fase, ocorreu concomitantemente à terceira e quarta fases da pesquisa, pois se tratou do momento de observação participante, visto que este é um estudo microetnográfico, onde foram realizadas anotações em forma de um diário de campo, de situações que abarcaram a Residência Multiprofissional em saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, fornecendo dados específicos de problemas que envolvem diretamente a gestão do ensino tanto do HRBA quanto da UEPA, especialmente, no que se refere à resoluções de conflitos existentes no âmbito desta Residência e construção do ensino em serviço.

A terceira fase envolveu as entrevistas com os gestores do ensino (UEPA e HRBA), a qual ocorreu com o gestor do ensino que assumiu a coordenação da Residência a partir de 1º de junho de 2016, o gestor do ensino que coordenou as atividades desta Residência no ano de 2015, bem como o gestor do ensino representante da instituição executora. Esta fase aconteceu em consonância com as demais fases, por se tratar de um estudo que abarca vários atores.

A quarta fase diz respeito à aplicação dos questionários aos formadores (Docentes, Tutores e Preceptores), bem como aos Residentes e Egressos, no sentido de verificar o que estes agentes pensam sobre a gestão do ensino nesta Residência, perspectivando contribuir com a consolidação da cultura do hospital em HE, a partir da triangulação de dados produzidos desde a discussão dos participantes que compõem o estudo. Para aplicação do questionário foi utilizado o aplicativo *Google Forms*, especialmente para os egressos que se encontravam residindo fora de Santarém/PA.

2.3.1 Aspectos éticos

Aos participantes da pesquisa foi garantido anonimato, respeitando os aspectos éticos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com o participante da pesquisa e a outra arquivada junto a Diretoria de Ensino e Pesquisa do HRBA com os dados coletados.

Em virtude de o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde abranger outras áreas de realização da prática, buscou-se os aceites para realização do estudo nas demais Instituições de Saúde onde existem profissionais que atuam como preceptores ligados a esta Residência, com a finalidade de não comprometer o resultado da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo CEP da UEPA, Campus XII, sob o Parecer nº 1.444.597.

A pesquisadora responsabilizou-se em salvaguardar com seguridade as informações para a confidencialidade dos dados da pesquisa. Foi garantida, ainda, aos participantes da pesquisa a liberdade de deixarem de participar do estudo a qualquer momento, sem que ocorra nenhuma forma de coação ou represália. Os participantes foram inteiramente informados a respeito do resultado parcial e final da pesquisa. Desta forma, puderam a qualquer momento de o estudo ter livre acesso à pesquisadora para esclarecimentos.

Nesse sentido adotou-se questionários informatizados e encaminhados por *e-mail*, os quais mediante a assinatura do TCLE enviado digitalizado, disponibilizou-se o formulário do *google forms*, preservando na íntegra a participação dos pesquisados sem que houvesse indução de respostas.

Diante disso, espera-se que esta pesquisa proporcione benefícios de forma direta e indireta, pois, ao se reconhecer em maior profundidade o assunto do tema em estudo, perspectiva-se benefícios para o desenvolvimento científico ao se identificar e descrever os conceitos que surgem sobre a gestão

do ensino na Residência Multiprofissional desenvolvida no HRBA para consolidação do HE.

2.4 Dimensões do Estudo

Tendo como base a tese doutoral de Brasileiro (2002), este estudo foi composto por três dimensões, as quais se constituíram dos Documentos Legais, da pesquisa empírica com os Gestores de Ensino, Formadores, Residentes e Egressos da Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

Dimensão 1 - Documentos Legais.

1) Categoria: Gestão do Ensino na Residência Multiprofissional e a formação em serviço.

2) Fontes de informações: CF/88; LDB 9394/96; Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012; Portaria Interministerial MEC/MS Nº 285, de 24 de março de 2015; PPP; Regimentos/UEPA e HRBA; Atas de reuniões da Diretoria de Ensino e Pesquisa;

3) Forma de coleta: Pesquisa bibliográfica, documental, entrevistas e questionários.

4) Período de realização: 2º semestre de 2015

Dimensão 2 - Gestores de Ensino e Formadores.

1) Categoria: Percepção de HE na Amazônia na visão dos participantes

2) Fontes de informações: Gestores de Ensino (UEPA/HRBA), Formadores (docentes, tutores e preceptores), Residentes (Turma/2015) e Egressos (Turmas/2013-2014);

3) Forma de coleta: Entrevistas, questionários e observação participante.

4) Período de realização: 1º semestre de 2016

Dimensão 3 – Residentes e Egressos.

1) Categoria: Consolidação da cultura de HE na Amazônia.

2) Fontes de informações: Gestores de Ensino (UEPA/HRBA), Formadores (docentes, tutores e preceptores), Residentes (Turma/2015) e Egressos (Turmas/2013-2014).

3) Forma de coleta: Questionário e observação participante.

4) Período de realização: 1º e 2º semestres de 2016

2.5 Análise de dados e triangulação de métodos

A análise de dados foi organizada, e os mesmos interpretados, através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011, p.48), pois, de acordo com esta autora, o “[...] Analista possui a sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza e à questão que procura resolver [...]”.

A partir da análise de conteúdo, respeitando as três etapas cronológicas de organização da análise “1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2011, p.126), utilizou-se da triangulação para fazer as inferências necessárias e as argumentações dialogando com os autores que tratam desta temática. A seguir está descrito um esquema com as fases de análise de conteúdo para que haja maior compreensão:

Figura 9 – Fases de análise de conteúdo do estudo



Fonte: Galvão (2017, p. 73).

De acordo com esta autora, a pré-análise objetiva a organização e operacionalização das ideias iniciais, de forma a direcionar o estudo realizando uma análise inicial, concretizando a definição dos documentos necessários para corporificação da pesquisa. Nesta fase se dá a escolha do tema, definição do referencial teórico, demarcação do *corpus* da pesquisa, coleta de dados primários e secundários e revisão do referencial teórico (BARDIN, 2011).

Já a exploração do material corresponde à codificação, ou seja, é a transformação dos dados brutos em unidades textuais fazendo a categorização e classificação dos dados coletados (BARDIN, 2011). A categorização dos dados levou em consideração os objetivos da pesquisa, a partir da categorização teórica e empírica (OLIVEIRA, 2016).

A partir das fases de análise de Bardin (2011), a análise dos dados decorreu da seguinte dinâmica: a) dos objetivos específicos extraiu-se as categorias gerais de análise, o que se considera como categorias *a priori*; b) e, dentro das categorias gerais surgiram as subcategorias, as quais deram formatação às subseções dos resultados da pesquisa, estas são as categorias que surgiram *a posteriori*.

Quadro 1 – Categorias de análise do estudo

Categorias <i>a priori</i>	Categorias <i>a posteriori</i>
1) Gestão do Ensino na Residência Multiprofissional	A Formação Multiprofissional
	O PPP da Residência
2) A formação em serviço	O SUS e a formação continuada
	A avaliação dos formadores
3) Percepção de HE	Educação na Saúde
	Educação em Saúde
4) Consolidação da cultura de HE na Amazônia	Contribuição da Residência Multiprofissional
	Cultura Organizacional

Fonte: Galvão (2017, p. 74).

A análise dos dados foi configurada sob o viés do critério da categorização semântica, adotando a categoria temática que tem como metodologia o agrupamento dos temas sob o mesmo título, os quais foram organizados por assuntos, levando em consideração as grandes unidades temáticas, fazendo uma analogia a partir da relevância da percepção dos participantes da pesquisa que demonstram a fala do grupo, bem como, dos referenciais teóricos e marco legal do estudo (BARDIN, 2011).

Da mesma forma, durante a inferência foram efetivados as interpretações e o tratamento dos dados, pontuando os pontos principais, mas considerando o contexto em que se concretizou o estudo, onde se observou e se registrou os fatos por meio do diário de campo. Todas estas ferramentas concretizaram a triangulação, na qual pode-se verificar as visões dos participantes envolvidos na Residência em Saúde, os quais encontraram-se imbricados no processo de gestão do ensino para a consolidação da cultura do HE na região Amazônica.

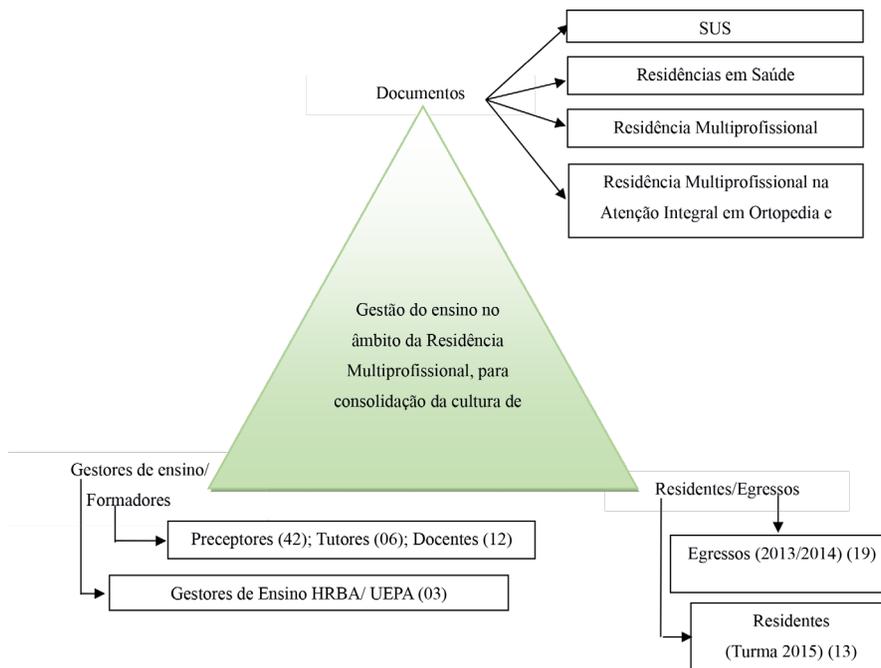
Para tanto, a pesquisa assumiu um viés interpretativo das respostas a partir da triangulação de métodos (MINAYO *et. al*, 2005; BARDIN, 2011), buscando construir um diálogo entre os resultados encontrados, as referências bibliográficas e documentos utilizados, descrevendo e dialogando com as informações obtidas no estudo empírico. A seguir, faz-se premente conhecer como ocorreu a triangulação de métodos nesta pesquisa.

A triangulação de métodos permite fazer uma reflexão de todo o processo a partir da percepção dos participantes, como também sob a ótica

documental, integrando e avaliando as concepções, no sentido de compreender a subjetividade e a objetividade como inseparáveis e interdependentes, permitindo a dissolução de dicotomias existentes entre o objeto e o sujeito. (MYNAIO, 2014). O que servirá para compreender o processo que envolve a gestão do ensino sob uma visão holística, explorando as informações para entender os conflitos existentes e consolidar a cultura de HE no Oeste do Pará.

Desta forma, é apresentado o triângulo utilizado neste estudo, a partir do qual pode-se entender a realidade estudada, visto que a triangulação na abordagem qualitativa “[...] preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social. [...]” (MINAYO, 2005, p. 81), proporcionando a pesquisadora e leitores uma visão ampla do processo que envolve o objeto analisado a partir da apreciação de vários elementos que compõe o contexto em que foi efetivado o estudo.

Figura 10 – Elementos da triangulação dos dados



Fonte: Galvão (2017, p. 76).

Diante do exposto na ilustração acima, pode-se afirmar que a triangulação serve de base para se fazer uma reflexão compreensiva perante as informações coletadas dos participantes da pesquisa (gestores de ensino, preceptores, docentes, tutores, residentes e egressos), confrontando com a documentação legal, que tem por objetivo entender a gestão do Ensino no âmbito da Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, desenvolvida no HRBA em Santarém – PA.

O que se sabe é que a triangulação não inviabiliza o desenvolvimento de teorias, pois “[...] pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados [...]” (MYNAIO, 2014). Desse ponto de vista, a triangulação serviu como desafio para se entender a partir das visões dos envolvidos no processo a problemática da pesquisa, no qual se combina múltiplos pontos de vistas comportando a interação entre os pares e os diferentes, de forma a permitir ganhos qualitativos, especialmente, por se utilizar o emprego de uma multiplicidade de técnicas de coleta de dados (MINAYO *et. al*, 2005).

Desta forma, o próximo capítulo trata dos resultados da pesquisa, tendo como base a Gestão do Ensino na formação multiprofissional em saúde no HE na Amazônia paraense, a partir da visão dos atores participantes envolvidos no processo do ensino em serviço numa relação interinstitucional entre HRBA e UEPA, com vistas à uma reflexão em torno de como esta Residência tem contribuído para um ensino em serviço humanizado.

CAPÍTULO 3

A GESTÃO DO ENSINO NA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HE NA AMAZÔNIA PARAENSE: PERCEPÇÃO DOS PESQUISADOS

Este capítulo demonstra os resultados da pesquisa trazendo as discussões sobre a visão dos participantes com vistas a verificação da cultura de HE. Tem como eixo central a gestão do ensino na Residência Multiprofissional em Saúde face o olhar dos participantes deste programa, dos quais se destacam os gestores, preceptores, tutores, docentes, residentes e egressos, bem como os documentos normativos legais em vias de consolidação da cultura de HE na Amazônia.

Discorrer sobre a gestão do ensino na saúde em uma região limitada por sua localização geográfica é desafiante, no entanto, quando se trata da formação de profissionais da saúde com vistas à melhoria da qualidade assistencial, este tema que é tão emblemático para a formação em serviço, incorre em se pensar um ensino para atuação no SUS, levando em consideração o quadrilátero da formação para área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Embora não se tenha tantos estudos sobre a temática que se discute, vale a pena recorrer a trabalhos semelhantes, os quais trazem em seu bojo reflexões importantes para se compreender a formação multiprofissional na

região amazônica. Especialmente, porque se trata de uma formação que tem como pressuposto o processo educativo de profissionais da saúde que prime pelo atendimento humanizado¹.

Estudos de Ferreira (2004) colaboram pontuando que a gestão do ensino se configura como uma ferramenta norteadora para a construção do ensino em serviço, uma vez que “[...] novas prioridades impõem-se para novas políticas e, em especial, para a gestão democrática da educação comprometida com a qualidade da formação humana” (FERREIRA, 2004, p. 1229).

Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam que para a NOB/RH-SUS, deve-se realizar uma formulação de diretrizes curriculares, que possa contemplar a formação de gestores com capacidade de romper com os atuais paradigmas de gestão e que as ações da gestão possam garantir recursos imprescindíveis ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa como também da extensão.

Para tanto, a gestão do ensino em saúde deve agir entre o modelo que seria ideal para a concretização do ensino em serviço, bem como, para o alcance dos objetivos necessários para ultrapassar uma gestão burocratizada. Nesse sentido, fazer uma reflexão em torno do ensino em serviço extrapola os muros do apenas “ensinar e aprender”, especialmente quando está em *xequê* a formação de profissionais de saúde, visto que

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

¹ De acordo com Viegas (2007), a expressão humanização significa respeitar alguém fragilizado com naturalidade, realizando alguma coisa para a melhoria da qualidade de vida, dando atenção e oportunizando ao doente a possibilidade de fazer seu tratamento com dignidade.

A gestão do ensino da Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvida a partir da relação interinstitucional entre UEPA e HRBA configura-se na junção de forças para pensar um ensino que fomente uma formação holística, mas que atenda a especificidade da especialidade Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, sem colocar à margem as diretrizes do SUS e os fundamentos necessários para um atendimento humanizado, por ele preconizado.

Desta forma, a observação participante foi fundamental para entender a construção desta residência a partir das ações da gestão do ensino, com vistas à consolidação da cultura de HE na mesorregião amazônica, em que se dá destaque ao processo de certificação do HRBA em HE, implementação da Residência Multiprofissional em Saúde e as ações desenvolvidas para atender as diretrizes da formação em serviço do SUS, dentre as quais destacam-se a universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade.

Assim, pela relevância da Residência Multiprofissional o próximo tópico faz referência aos participantes, elencando e caracterizando o perfil de cada participantes dentro de sua categoria e papel nesta residência.

3.1 Participantes da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com os profissionais da saúde que foram envolvidos com o processo formativo da Residência Multiprofissional, englobando os gestores do ensino (HRBA/UEPA), os preceptores, os docentes, os tutores, os Residentes da Residência Multiprofissional (Turma 2015) enquanto sujeitos coparticipes do processo de ensino e aprendizagem, bem como seus egressos (Turmas 2013/2014).

Levando em consideração que cada profissional envolvido com a Residência Multiprofissional desenvolve um papel, cabe esclarecer a função de preceptor, tutor e docente nesta residência. Assim, de acordo o Regimento da Residência/UEPA pois, em seu Art. 26:

Art. 26º. A função de preceptor caracteriza-se por supervisão das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à Instituição Formadora ou Executora, com formação mínima de especialista (UEPA, 2015, p. 11).

No que se refere ao docente, o Artigo 29º do mesmo regimento define que:

Art. 29º. Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-prático previstas no PP (UEPA, 2015, p. 13).

Quanto à Tutoria, o seu Art. 24º descreve que:

Art. 24º. A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos (UEPA, 2015, p. 10).

Desta forma, como critérios, foram utilizadas a inclusão de todos os profissionais de saúde/preceptor, docentes e tutores que trabalham com os residentes multiprofissionais das áreas de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Farmácia, bem como os gestores de ensino (HRBA/UEPA), Residentes Multiprofissionais (turma 2015) e egressos (turmas 2013-2014), após a assinatura do TCLE, compreendendo participação voluntária.

Como critérios de exclusão, foram suprimidos da pesquisa os profissionais de saúde/preceptor, tutores, docentes, residentes e gestores de ensino (HRBA/UEPA) que venham a recusar a assinar o TCLE e que não façam mais parte do Programa de Residência Multiprofissional desenvolvido no HRBA, em parceria com a UEPA, desde seu desligamento.

Foram excluídos ainda os preceptores que são profissionais da saúde e que perderam vínculo empregatício com o HRBA antes de iniciar esta pesquisa, como também toda a turma de residentes 2016, por não haver mais tempo hábil, visto que a pesquisa empírica iniciou no final de 2015 com conclusão da dissertação em dezembro de 2016.

Aos profissionais da saúde que desenvolvem duas funções na Residência, para sua participação optou-se por aquela função desempenhada há mais tempo junto ao HRBA. No que se refere aos gestores do ensino, o critério de seleção para utilização das entrevistas ocorreu por ser um público com uma amostragem menor (03 participantes), a qual possibilitaria entender o contexto das ações realizadas durante suas atuações nesta Residência.

Para aplicação dos questionários, utilizou-se para sua elaboração a ferramenta do *Google Forms*, a qual nos permitiu enviá-los eletronicamente por *e-mail* àqueles profissionais da saúde e egressos que não se tem acesso pessoalmente, sendo que foi adotado como pré-requisito a esta aplicação a assinatura do TCLE, o qual foi devolvido respondido e escanceado à pesquisadora, pelo participante do estudo.

O grupo amostral deste estudo é de 95 participantes, composto por 03 gestores de ensino (HRBA/UEPA), 60 formadores, compreendendo preceptores (42), tutores (06) e docentes (12), 13 Residentes (turma 2015) e 19 egressos das turmas 2013/2014. Desta forma, a pesquisa abarcou 100% dos participantes, conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 2 – Participantes do Estudo Empírico

Participantes	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Codificação
Gestor de Ensino	01 - HRBA	02 - UEPA			GE
Preceptores	36- HRBA	05 - HMS	01 - URE		PC
Tutores	02 - HRBA	02 - UEPA	01- IES- PES	01- UL- BRA	TT
Docentes	01- HRBA	11 Outras IES			DC
Residentes	13 - UEPA				RD
Egressos	19				EG

Fonte: Galvão (2017, p.65).

No que se refere aos Preceptores, Docentes, Tutores, Residentes e Egressos, a codificação seguirá em ordem numérica, correspondente ao quantitativo de participantes que aceitaram cooperar com o estudo, exemplo: PC1, PC2..., TT1, TT2..., DC1, DC2..., RD1, RD2..., EG1, EG2, EG3, e assim sucessivamente.

Para se conhecer sobre os participantes da pesquisa, fez-se necessária uma apresentação do perfil dos tutores, docentes e preceptores que contribuíram com este estudo, com o intento de entender até que ponto estes profissionais da saúde estão imersos com a formação dos residentes, bem como, com a consolidação da cultura de HE na região amazônica.

Concernente Veiga (org.) (2015), “Os traços identitários de cada indivíduo são forjados no seio de cada cultura [...]”. Para se perceber as contribuições que são significativas, é imperativo conhecê-los partindo do princípio de que estes são profissionais da saúde que estão envolvidos com o ensino em serviço. Confira o quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa

Participantes	Idade	Sexo	Formação	IES
Gestores do Ensino	31 a 38 anos	(2) M (1) F	(1) Mestre (2) Doutores	(3) Públicas
Preceptores	24 a 55 anos	(13) M (29) F	(4) Mestres (2) Doutores (36) Especialização	(16) Públicas (26) Privadas
Tutores	34 a 58 anos	(1) M (5) F	(2) Mestres (3) Doutores (1) Especialização	(4) Públicas (2) Privadas
Docentes	27 a 49 anos	(2) M (10) F	(9) Mestres (1) Mes-trando (2) Especialização	(3) Públicas (9) Privadas
Residentes	23 a 29 anos	(8) M (5) F	(1) Outra Especialização	(9) Públicas (4) Privadas
Egressos	25 a 38 anos	(6) M (13) F	(1) Mestre (7) Especialização	(13) Públicas (6) Privadas

Fonte: Galvão (2017, p. 66).

No que se refere aos gestores do ensino, dos três gestores que contribuíram com a pesquisa, dois tem formação *Stricto Sensu* doutorado e um Mestrado. Todos concluíram graduação em Instituição Pública, sendo suas formações iniciais em Fisioterapia, Educação Física e Enfermagem. Todos são professores concursados da UEPA e têm idades de 31, 37 e 38 anos

No que se refere aos preceptores 13 são do sexo masculino e 29 do sexo feminino, com idade variante de 24 a 55 anos, dos quais tem maior predominância a idade da casa dos 30 anos. Quanto as horas de trabalho,

estas oscilam entre 30 a 48 horas semanais. No que concerne à pós-graduação, dos 42 participantes, 4 têm mestrado, 2 possuem doutorado e os demais especialização *Lato Sensu*. Em relação a formação acadêmica, 16 cursaram a graduação em instituição pública e 26 em instituição particular.

Os tutores têm idades variantes entre 34 e 58 anos, sendo que dos 6 tutores que participaram da pesquisa só um tem 34 anos e um tem 58, os demais estão na casa dos 40 anos de idade. Dos 6 tutores, 1 (um) é do sexo masculino e 5 são do sexo feminino. Trabalham em média 30 a 60 horas semanais. No que se refere à pós-graduação, dos 6, 2 têm Mestrado, 3 têm doutorado e somente 1 (um) tem especialização *Lato Sensu*. Em relação a formação acadêmica 4 fizeram graduação em instituição pública e 2 em uma instituição particular.

Quanto aos docentes participantes, têm idades entre 27 a 49 anos, dentre os quais somente um tem 27 anos. Dos 12 docentes, 2 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Estes profissionais trabalham em média 24 a 60 horas semanais. Quanto à pós-graduação, dos 12 docentes, 9 têm mestrado, 1 está cursando mestrado e 2 têm especialização *Lato Sensu*. Em relação a formação acadêmica 3 cursaram graduação em instituição pública e 9 em instituição particular.

Observou-se a partir desta caracterização que o número de profissionais do sexo feminino tem predomínio ao sexo masculino. Esta realidade é uma crescente, visto que se observa na atualidade que as mulheres se têm envolvido com bastante afinco no que se refere à profissionalização de forma geral.

Quanto aos residentes e egressos, constatou-se que a maioria cursou a graduação em Universidades Públicas, tendo como perfil serem profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social e Psicologia, com uma faixa etária entre 23 a 38 anos, sendo em sua maior parte do Estado do Pará e do sexo feminino.

Foram 13 residentes que aceitaram participar da pesquisa e 19 egressos. Verificou-se que residentes e egressos, 69% e 68% respectivamente,

são provenientes de instituições públicas, o que abre um precedente para uma formação com uma visão crítica e reflexiva, visto que as universidades de acordo com o Artigo 52 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) “[...] são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano [...]” (LDBEN, 1996, p. 31), possibilitando aos estudantes uma visão, um conhecimento que sirva para a realização de uma visão aprofundada do processo de ensino e aprendizagem.

Na seção subsequente, será apresentada a percepção de HE na Amazônia a partir da visão dos participantes da pesquisa, uma vez que se compreende que a formação em saúde no SUS se consolida e se estrutura tendo um HE certificado pelo MS e MEC, o que pressupõe o fortalecimento da educação na saúde no oeste do Pará.

3.2 A percepção de HE na Amazônia e a formação em saúde no SUS

Os Hospitais de Ensino são instituições complexas, de caráter multiprofissional, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico que apresentam complicações de seu estado de saúde, exigindo atendimento ininterrupto em regime de internação, valendo-se de ações que envolvem a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (PALMEIRA; MATTOS; PETERS, 2012).

Desta forma, os HE’s possibilitam que os estudantes tenham acesso a procedimentos complexos, pois

[...] uma vez que se propõe o atendimento dos casos referenciados pelo HE, assim como a realização de procedimentos de alta complexidade, por vezes é colocada a questão de como garantir o necessário campo para que seus alunos possam ter a formação generalista de forma adequada (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p.10).

Esta garantia do campo necessário para a realização de uma formação adequada é mais um desafio que precisa ser incorporado por todos os envolvidos no processo de ensino. Este envolvimento justifica a importância do HE, mormente para o desenvolvimento e qualidade dos serviços prestados pelo SUS, uma vez que são objetos de referência assistencial de alta complexidade, pelos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública, além de apresentarem questões prioritárias, como por exemplo: integração com os outros serviços da rede SUS, a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema, o desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologias e propostas de modificações organizacionais que facilitem o desempenho de seu papel no SUS.

A partir da categorização semântica de Bardin (2011), levando em consideração a percepção dos participantes da pesquisa em relação ao HE como instituição que forma profissionais da saúde para o SUS, procurou-se entender qual a visão desses profissionais em relação ao Sistema Único de Saúde, visto que esta formação ocorre em Instituições de Saúde públicas.

Nesse sentido, ao se perguntar sobre o SUS, e fazendo uma análise conjuntural das respostas, têm destaque algumas falas dos docentes, os quais responderam que o SUS é:

Sistema que alia setor público e privado, para oferta de serviços ao indivíduo no que tange a atenção primária, secundária e terciária (DC1, 2016).

É um dos maiores Sistemas Públicos de Saúde já existentes, para beneficiar pessoas carentes ou não. Um Projeto bem idealizado, porém, falta gestão (DC4, 2016).

É o sistema público de atenção a saúde brasileiro, um sistema complexo e com muitos problemas que iniciam na gestão e terminam na assistência ao cidadão (DC5, 2016).

Sistema de Saúde que oportuniza ações de saúde para todos, independente de cor, raça, religião ou condição social nas diferentes complexidades (DC6, 2016).

É uma conquista popular, garantido no art. 196 da CF mediante políticas públicas de saúde, regulamentada na LOS 8080/90 e 8142/90, sendo um sistema único de Saúde (SUS) público com princípios organizativos e doutrinários com participação popular que assiste a todos os níveis de complexidade, da Atenção Primária em Saúde a Atenção terciária -Alta complexidade (DC8, 2016).

É o sistema de saúde vigente no Brasil que é interligado por uma rede de assistência a saúde que vai desde a Atenção Básica, a Média e a Alta Complexidade permitindo ofertar ao paciente desde os procedimentos mais simplificados aos mais complexos, guiados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (DC9, 2016).

É possível depreender que existe uma compreensão conceitual ampla dos docentes em relação ao SUS, no entanto um item que chama atenção é o posicionamento do DC4, o qual reconhece a função deste sistema e destaca a falta de gestão para que este consiga alcançar a todos os cidadãos, atendendo ao princípio da Universalidade.

Os Residentes ao discorrerem sobre o SUS destacam que é um sistema que visa atender a todos que necessitam dos serviços, como também, reconhecem que é um local propício para a construção do ensino e da pesquisa. Abaixo tem destaque percepções importantes dos participantes deste estudo, os quais afirmam que:

O SUS, Sistema Único de Saúde, é um sistema universal, que permite o acesso à todos que necessitam dos serviços desse sistema, bem como para atendimento em saúde, quanto para a possibilidade de ensino e pesquisa (RD1, 2016).

É um complexo emaranhado de serviços que visa atender a população brasileira em diversas classes econômicas e sociais, sob custo do Estado (RD3, 2016).

É um direito adquirido para acesso gratuito a saúde em todos os níveis de complexidade, como usuária. Como profissional é uma área de ingresso no mercado de trabalho e uma oportunidade de executar as normativas dos programas deliberados pelo Ministério da Saúde (RD4, 2016).

O SUS é um modelo de atenção e assistência em saúde de importância imprescindível para o país. É essencial para a saúde dos brasileiros. Tem suas deficiências na gestão e gerenciamento, mas no geral é de uma grandeza que vai além de qualquer dificuldade (RD8, 2016).

É um sistema responsável pela gestão e assistência em todo o território nacional. Elaborando políticas e estratégias de saúde de acordo com as características epidemiológicas de cada região (RD13, 2016).

Os residentes reconhecem que o SUS, além de ser um sistema complexo de atendimento à população, é imprescindível para a sociedade. Ressaltam que embora tenha fragilidades em sua gestão, é local rico para o ensino e a pesquisa, bem como, fornece uma assistência adequada de acordo a peculiaridade epidemiológica de cada região.

De acordo com Zombini e Pelicioni (2012), o SUS pelo seu caráter universal e descentralizado oportuniza a participação comunitária, na qual privilegia a saúde integral dos cidadãos, favorecendo a reconstrução e ressignificação do sujeito buscando melhorar sua qualidade de vida. As ações fomentadas por esta política promovem a formação de profissionais da saúde alicerçados no atendimento humanizado das pessoas.

No que diz respeito aos egressos, tem destaque o EG2, EG7, EG9, EG12 e EG17, afirmam que o SUS:

É um direito conquistado historicamente com muita luta, que ainda é pouco reconhecido pela sua dimensão de importância na vida do brasileiro. É também um direito que precisa ser maciçamente defendido diante das privatizações explícitas e implícitas, tanto na administração do SUS, quanto no incentivo governamental do fomento aos planos privados. O direito à saúde pública vem sendo renegado ao plano da utopia, da não possibilidade de gerência do Estado, como forma de «negócio» do capital, para aumento da lucratização com a saúde. O SUS precisa ser fortalecido com planos de cargos e carreiras, com concursos públicos nas três esferas administrativas, com a interiorização do ensino em saúde, com a capacitação contínua dos profissionais da saúde. O SUS é um direito, é uma escola, é uma conquista, é mérito dos brasileiros militantes, é público, é de todos, (grifo meu) e precisa ser defendido para que retrocessos (o que já tem ocorrido) não extinga o direito do cuidado, da prevenção, da recuperação e da reabilitação como direito de todos, com gerência e financiamento da máquina estatal (EG2, 2016).

Na teoria perfeito, na prática muito falho. Apenas a classe médica é valorizada, as outras classes, infelizmente, são consideradas menos importantes (EG7, 2016).

É um sistema de saúde que visa atender a população menos favorecida, principalmente, assim como, a sociedade em geral, visando, propiciar um atendimento médico-ambulatorial em ambas as complexidades de atendimento, com critérios de qualidade favoráveis e intrínsecos a cada unidade de saúde (EG9, 2016).

Sistema público de saúde, que presta serviço à população em todos os seus níveis de atendimento (EG12, 2016).

É um sistema integrado, sistemático e contínuo de assistência em saúde a população (EG17, 2016).

Os egressos definem o que o SUS representa à população brasileira, ratificam que o é um sistema que é direito de todos e corroboram o “mau uso” dos serviços por ele oferecido. O SUS é um direito conquistado, infelizmente após vinte e quatro anos de existência deste sistema de saúde, “[...] o Estado enfrenta dificuldades crescentes para materializar o direito social constitucional do acesso universal de atenção à saúde [...]” (OCKÉ-REIS, 2012, p.22). Desta forma os preceptores pontuam em sua maioria que o SUS é um:

É um sistema público de saúde que preconiza a universalização, integralidade e equidade no atendimento à saúde da população no território brasileiro de maneira gratuita nos diferentes níveis de atenção à saúde, básica, média e alta complexidade (PC4, 2016).

Sistema financiado com dinheiro público, que deve planejar, gerenciar e executar, de forma humanizada, todas as ações de atenção à saúde de toda a população brasileira, em todos os seus níveis de complexidade e abrangência, servindo ainda de cenário para a formação de futuros profissionais da saúde (PC8, 2016).

A maior conquista consagrada na constituição de 1988, tendo seus princípios apontados para a democratização nas ações e nos serviços de saúde (PC9, 2016).

São ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais (PC11, 2016).

Sistema de Saúde que objetiva atender as demandas da população em geral, porém, principalmente daqueles que possuem um poder aquisitivo precário (PC17, 2016).

É um dos maiores sistemas públicos do mundo, que visa atender toda população incluindo os direitos dos

brasileiros em geral dos mais simples ao mais específico atendimento, do pobre ao Rico (PC22, 2016).

O que se verificou, diante destes posicionamentos, é a existência de uma grande expectativa em relação ao SUS. Mas, como bem delinea Paim (2009, p. 75), “O SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades da população brasileira. Ao lado dele, políticas econômicas, sociais e ambientais são fundamentais para a promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos”. Entretanto, é uma alternativa viável para amenizar os impactos provenientes de uma saúde pública em estruturação. Uma destas formas, é contribuir para a formação de recursos humanos, servindo como campo de construção do ensino.

Dentre os vários participantes, os tutores representados corroboram que:

É um plano de saúde nacional amplo que apresenta a capacidade de cuidar dos brasileiros de maneira integrada, pautado nas diretrizes de universalidade, equidade, humanização principalmente (TT1, 2016).

É um sistema de saúde público, que deveria garantir o acesso universal e gratuito para a população nos níveis de atenção a saúde. Conceitualmente eficaz, na prática apresenta enormes deficiências (TT2, 2016).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, servido como base para busca da ascensão a saúde no seu contexto mais amplo. Utilizado como instituição de conhecimento, construção e integração entre o ensino e o serviço (TT4, 2016).

Uma das melhores propostas de atendimento igualitário e integral para atendimento à saúde da população. Infelizmente muitas falhas não permitem na prática que essa proposta se concretize (TT6, 2016)

Ficou evidente que o SUS é uma estratégia que veio romper com a clínica mecanicista e biologicista, promovendo mudanças significativas, dentre as quais tem relevo a gestão do trabalho abordando sobre a formação permanente dos profissionais da saúde (COSTA, 2010). Ratificando a discussão, os gestores do ensino, confirmam assegurando que o SUS:

É uma política do Governo Federal que proporciona as ações políticas de saúde para sociedade, direcionando de uma forma gratuita e como isso é proporcionado, organizado dentro da política brasileira (GE1, 2016).

Sistema Único de Saúde é um sistema em que vai assistir a população brasileira, no caso, em todos os níveis de atenção, seja ela básica, seja ela especializada, seja ela hospitalar. Esse sistema é organizado hierarquicamente desde a atenção básica até a atenção hospitalar, gerando um fluxo que tenha maior resolutividade e que aconteça na atenção básica especializada (GE2, 2016).

Pode-se a partir das visões demonstradas pelos participantes da pesquisa que o SUS é fundamental na concretização da formação em serviço, mas apesar dos esforços empreendidos para a racionalização e democratização deste sistema, ainda persistem a segmentação e o desperdício de recursos, desencadeando a insatisfação dos cidadãos e dos trabalhadores da saúde (PAIM, 2009).

Diante desta constatação, ficou manifesto as variantes que acometem o SUS enquanto sistema que visa proporcionar assistência a todos os cidadãos. No entanto, ainda precisa-se avançar em relação à sua implementação na integralidade. Este é o contexto no qual o HE encontra-se inserido, servindo como “pano de fundo” para se compreender as mudanças necessárias na formação dos profissionais que fazem parte do ensino em serviço.

Tendo como “pano de fundo” o SUS, os participantes da pesquisa empírica foram questionados sobre suas percepções acerca do conceito de

HE. Nesse sentido, os Residentes destacaram que são lugares que além de fornecer uma assistência de qualidade, são locais em que recebem estagiários e residentes, sendo que:

Hospital de Ensino é aquele que alguém da assistência tem o papel de formar profissionais, contribuir na área de saúde. Porém os profissionais não médicos não têm acesso ao paciente sem prescrição médica, um hospital ensino todos os profissionais são livres para atender os pacientes, caso julgue necessário (RD2, 2016).

É um hospital que te oferece não só a oportunidade quanto meios para desenvolver uma formação relacionando prática com teoria (RD6, 2016).

É uma instituição destinada a cuidar e tratar de pessoas enquanto pacientes portadores de alguma patologia, mas que oferece oportunidade para o aprendizado para a formação de profissionais (RD8, 2016).

Local onde o residente e estagiário não são vistos apenas como mão-de-obra para o hospital. É onde a instituição se preocupa em formar profissionais capacitados e competentes para atuar nos serviços de saúde (RD12, 2016).

Uma instituição de referência no aprendizado e ensino para estudantes e residentes de diversas áreas de formação (RD13, 2016).

Diante destes posicionamentos, onde se declara que a formação em serviço em um HE ainda encontra resistência por parte de outros profissionais, ressalta-se que esta resistência não deveria ocorrer, pois a formação multiprofissional visa o desenvolvimento da assistência a partir das visões dos profissionais que compõem o quadro, inclusive dos residentes médicos e multiprofissionais, pois “[...] a contribuição dos Hospitais de Ensino (HEs) é

condição fundamental para que se consiga efetivamente melhorar a saúde de todos os brasileiros” (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p.7).

Observou-se durante a pesquisa que os profissionais envolvidos com a Residência Multiprofissional em Saúde têm perceptibilidade da relevância da formação em serviço, especialmente, quando esta formação ocorre em um hospital que é certificado para tal fim. Assim, segue a percepção dos preceptores os quais afirmam que o HE,

Hospital planejado, estruturado e organizado para que ocorram de forma concomitante, e excelente, o atendimento a população que lhe é encaminhada, e o ensino (ou formação) de diferentes profissionais que necessitam vivenciar a rotina hospitalar para sua atuação profissional completa (PC8, 2016).

Hospital preparado para quebra de paradigmas, é preparar toda a instituição para receber a universidade. É contribuir para formação de milhares de acadêmicos, que possam futuramente contribuir com a formação adquirida (PC14, 2016).

É o hospital habilitado pelo MEC para o exercício de ensino-aprendizagem (PC20, 2016).

O hospital que oferece espaço para o desenvolvimento de trabalhos científicos, realização de programas de residências, que contribui de alguma forma para a formação do conhecimento teórico e prático dos interessados em promover o enriquecimento do acervo literário da saúde (PC35, 2016).

Mas não é só fazer parte de uma formação que ocorre em um HE, por ter habilitação, a formação em saúde vai além das formalidades, pressupõe pensar em uma formação crítica, pois “A Educação Permanente em Saúde considera o pensamento crítico, pautado no compromisso, indispensável para mudanças das

práticas, ou seja, o trabalhador deve procurar, por meio de novas relações entre seus pares, diferentes formas de pensar [...]” (COSTA, 2010, p.90).

Neste viés, o HE assume uma responsabilidade maior, visto que na visão dos egressos é:

Um hospital que está disposto a acolher profissionais em formação, a fim de que esses posteriormente à formação possam vir a desenvolver suas atividades profissionais de preferência no referido Hospital, bem como é um hospital que está disposto a investir recursos humanos e materiais no âmbito da pesquisa, ensino e extensão (EG12, 2016).

É possibilitar a atuação do profissional ou do acadêmico dentro de seu espaço físico possibilitando sua qualidade na formação de um profissional mais completo, além de facilitar a produção de pesquisas e projetos, fomentando com um ambiente rico e com todo o apoio pela direção de ensino e pesquisa do hospital (EG13, 2016).

É um hospital que desenvolve dentro de suas dependências e fora dele no que compete sua assistência, atividades que inter-relacionem prática e conhecimento científico ambos aplicados na prática assistencial (EG19, 2016).

Nas falas ilustradas anteriormente dos egressos pesquisados ficou evidente que o HE, em seu compromisso para formação de profissionais para atuar no SUS, precisa possibilitar uma formação profissional que tenha qualidade, visto que “Diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão e transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde [...]” (ALBUQUERQUE *et al*, 2007, p. 357).

Da mesma forma, a maioria dos tutores ao serem consultados, afirmam que o HE tem contribuído significativamente para a formação de profissionais da saúde para desenvolverem atividades no SUS, uma vez que o HE:

É um espaço que deve fornecer a formação especializada em determinada área de atuação, compartilhando o conhecimento entre os membros da equipe, na efetivação de SUS (TT1, 2016).

O HE apresenta um diferencial, uma vez que não se baseia apenas nos eixos gestão e assistência. Precisa atuar também nos eixos ensino e pesquisa. Torna-se, assim, um espaço que pode receber um recurso ministerial para investimentos tanto para aquisição de materiais quanto para a qualificação de pessoal (TT2, 2016).

Entende-se, diante dessas afirmativas, que ser um Hospital de Ensino gera expectativas de uma formação diferenciada, pois unifica teoria e prática, ensino e serviço, além de propor uma assistência inter-relacionada ao conhecimento científico. Apresentando-se como um espaço diferenciado de formação, o HE na visão da maioria dos entrevistados deve ter um corpo de profissionais preparados para lidar com esta nova situação, que envolvem serviços assistenciais e ensino-aprendizagem.

Desta forma, os docentes dizem que o HE é:

Um local de prestação de serviço em saúde preocupado com a integração do ensino, formação profissional e a relação pedagógica do serviço” (DC3).

Hospital ensino é um ambiente de suma importância para presta uma Boa Assistência a população e sempre obtendo novos conhecimentos, ou seja, novo aprendizado (DC5).

Segundo a Portaria Interministerial Nº 285, de 24 de março DE 2015 “estabelecimento de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que sejam certificados conforme o estabelecido nesta Portaria” (DC11).

Os docentes representados pelos DC3, DC5 e DC11 reconhecem que os HE's são fundamentais para a formação profissional dos residentes, bem como contribui para que a assistência ocorra com qualidade à população, visto que estes espaços proporcionam conhecimentos que são imprescindíveis para a atuação na área da saúde.

Diante dessa perspectiva, os gestores do ensino também descrevem o que entendem por HE, corroboram discorrendo que:

É um hospital que proporciona a formação mais completa dos que vem fazer a prática assistencial, então não é só abrir as portas e receber o aluno, e o professor ou quem acompanha esse aluno da IES para fazer essa atividade prática, mas sim, seus profissionais estejam envolvidos nessa formação continuada também. Então, é que toda a equipe, todos os profissionais dos hospitais se envolvam também no compromisso de formação, na formação dessas pessoas, e que o próprio hospital nessa concepção de formação também crie políticas que favoreçam aos seus profissionais esse reconhecimento também [...] (GE1, 2016).

Caberessaltar que o reconhecimento de um HE ter uma responsabilidade maior no que se refere “somente” a formação é de extrema relevância, primordialmente, quando esta situação é colocada por um profissional que está à frente das atividades de ensino nesta Instituição. Portanto, cabe enfatizar que “O novo sentido da gestão democrática da educação é o de humanizar a formação nesta “cultura globalizada” dirigida, virtualmente, pelo capitalismo [...]” (FERREIRA, 2004, p. 1243).

Além deste hospital ensino por meio de uma gestão democrática ter como pressuposto a formação humanizada, precisa conectar todo este ensino em serviço com conhecimentos aplicados à sociedade, o que fica evidente na fala do GE2, conforme ilustrado a seguir:

Um hospital ensino, precisa primeiro está ligado a uma Universidade ou umas universidades, a instituições de ensino, e precisa garantir que a estrutura que ele dá de assistência sirva de complemento para a formação profissional desses acadêmicos que estão em formação, seja lá qual for o nível de graduação, de pós-graduação. [...] Além disso, ele tem que ter profissionais dentro do hospital que sejam qualificados para de repente está dando suporte para essa formação complementar, você tem a formação teórica dentro da Universidade mais a parte prática desenvolvida dentro do hospital e essa visão tem que ser difundida entre os profissionais dentro do hospital. [...] Além disso, o hospital ele tem que virá, como ele é um hospital de ensino, ele tem que passar a virá não só um instrumento de aplicação de conhecimento, mas sim de formação de conhecimento aplicado a sociedade e aí é nesse aspecto que o hospital deve se adequar no sentido de investir ou de suprir os pesquisadores ligados a Universidade com instrumentos que possam desenvolver pesquisa científica que vai resolver problemas tanto do hospital quanto da realidade da sociedade que ele tá se propondo a assistir (GE2, 2016).

Chama atenção na fala do GE2 a preocupação com a qualificação dos profissionais do hospital, especialmente, os que desenvolvem a função de preceptor. De acordo com o Regimento Interno da Residência Multiprofissional em Saúde (UEPA, 2015), o artigo 26º normatiza que o preceptor deve ter a formação mínima de especialista, complementado pelo parágrafo primeiro anunciado, que o preceptor deve ser da mesma profissão do residente sob sua supervisão.

Assim, constatou-se que os preceptores têm especialização, atendendo ao que preconiza tanto o regimento da Residência como a Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012, no entanto essas formações não são na área específica da Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia. Isto certamente cria interferência no momento da orientação

dos preceptores em relação ao conteúdo exigido, dificultando a comunicação e construção do conhecimento, tendo impacto direto na formação dos residentes.

Para tanto, na próxima seção entenderemos as especificidades desta residência multiprofissional desde sua criação, implementação a análise da forma como esta vem sendo gerida na relação interinstitucional entre HE e Universidade.

3.3 A residência multiprofissional em saúde: um estudo de caso

A Residência Multiprofissional é uma oportunidade de formação continuada para os profissionais da saúde não médicos no ensino em serviço. Esta é uma modalidade de ensino que tem crescido nos últimos 11 anos, especialmente, posteriormente à sua regulamentação por meio da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, marcando uma fase de estruturação para a formação permanente na saúde.

Atualmente, um dos elementos da Residência que se tornou motivo de preocupação para os gestores do ensino é formação de qualidade dos formadores, denominados como Preceptores, Tutores e Docentes. Estes profissionais da saúde não são remunerados pelo exercício de sua função, mas colaboram de “*forma voluntária*”² para o andamento das atividades de ensino desenvolvidas na instituição da qual fazem parte.

Desta maneira, é necessário fazer uma reflexão em torno da qualidade do ensino em serviço oferecido, bem como da formação destes profissionais atuantes nesta residência, pois:

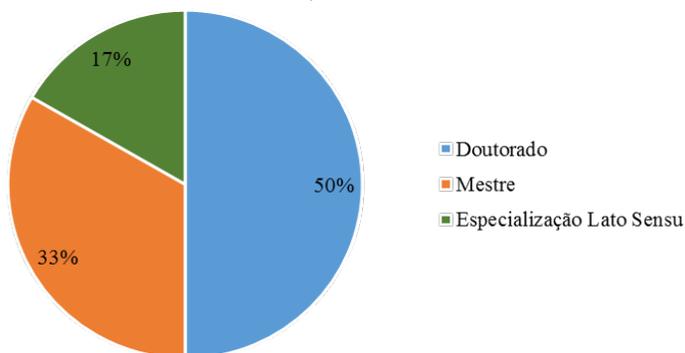
² A título de esclarecimentos, os profissionais que exercem a função de preceptoria utilizam a carga horária do trabalho realizado na Assistência para orientar os residentes. Quanto aos docentes, segundo o Regimento da UEPA (2015, p.13), o Artigo 28, §1º dispõe que “Os docentes da UEPA que ministrarem aulas no Programa terão direito a 04 (quatro) horas semanais efetivas em sua carga horária”. No que se refere aos docentes de outras instituições, isto não é contemplado, os quais desenvolvem a atividade para fins de composição de currículo e voluntariamente. No que diz respeito aos Tutores, não recebem contrapartida financeira por parte da Instituição Proponente e nem executante. Por isso, denomina-se “*colaboração de forma voluntária*”.

A questão pedagógica é muito importante quando se trata da transformação das práticas de saúde por meio da redefinição de políticas de reorganização dos processos, pois os atores envolvidos, presentes em todos os momentos do processo de trabalho, com base em problemas e desafios identificados, buscarão novas formas de desenvolver seus processos de trabalho e de se relacionarem (COSTA, 2010, p. 89).

Partindo desse pressuposto da importância da formação para a transformação das práticas assistenciais, as quais envolvem a inserção dos formadores para a construção de um ensino na saúde, que despertou a curiosidade em se conhecer a formação acadêmica destes profissionais.

Quanto aos tutores participantes identificou-se que 50% têm formação de mestrado e doutorado. Na atual conjuntura, a formação acadêmica dos tutores é fundamental para o fortalecimento do processo de ensino e aprendizagem, pois, de acordo com Mitre *et al.* (2008), os tutores necessitam desenvolver habilidades, dentre as quais estão a vontade e a capacidade de permitir ao discente participar ativamente de seu processo de aprendizagem. O tutor é um facilitador do processo ensino-aprendizagem, portanto, deve se perguntar como, por que e quando se aprende; como se vive e se sente a aprendizagem; e quais as consequências desta aprendizagem sobre sua vida. Confira gráfico 1 a seguir:

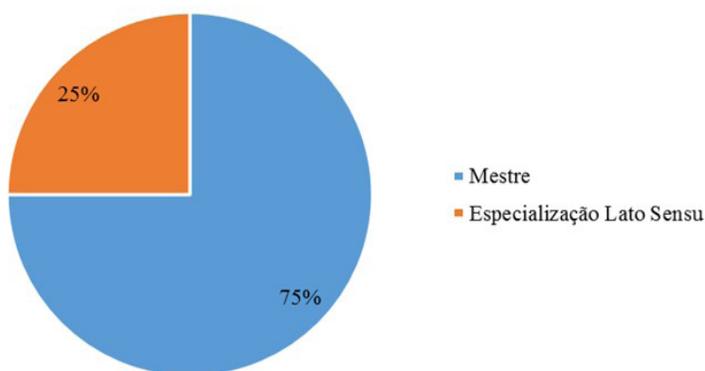
Gráfico 1 - Formação continuada de tutores



Fonte: Galvão (2017, p. 95).

Da mesma forma, verificou-se que dos docentes participantes da pesquisa empírica, 75% são mestres. De acordo com o Regimento da Residência, artigo 28º, a qualificação mínima exigida dos docentes é o título de mestre. Entretanto, o parágrafo único do artigo supracitado abre o precedente de que se não houver número de mestres suficientes nas áreas profissionais é permitida a contribuição de especialistas ou profissionais que tenham alta competência e experiência na área específica, desde que aprovada pela Coremu (UEPA, 2015). Confira o gráfico 2, a seguir.

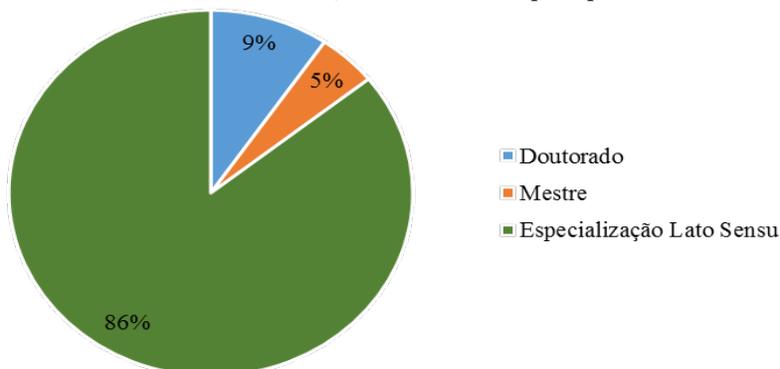
Gráfico 2 - Formação continuada de docentes



Fonte: Galvão (2017, p. 96).

Quanto aos preceptores, dos 42 participantes da pesquisa empírica, por se tratar de profissionais da saúde contratados pela instituição executora, observou-se que 86% têm Especialização *Lato Sensu*. O artigo 13 da Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, CNRMS nº 2 de 13.04.2012 normatiza que a preceptoría deve ser “[...] exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista [...] (CNRMS nº 2, 2012, p. 5)”. Confira o gráfico 3, a seguir.

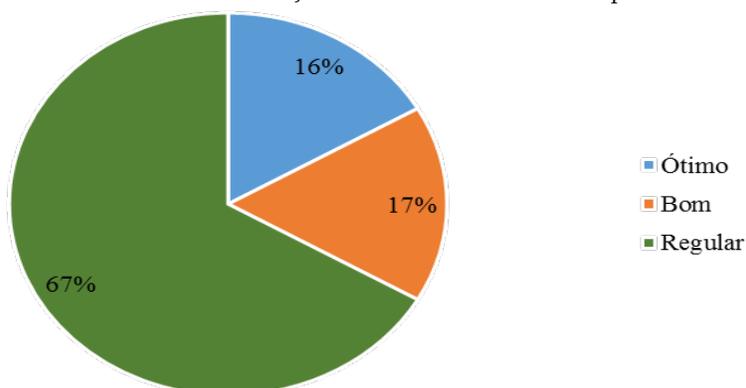
Gráfico 3 – Formação continuada de preceptores



Fonte: Galvão (2017, p. 96).

Além da formação exigida dos formadores (tutores, docentes e preceptores), surgiu a necessidade de conhecer a contribuição destes nas atividades práticas desenvolvidas, o que aglomera também, discussões teóricas para que ocorra a aprendizagem efetiva no ensino em serviço. No que se refere à atuação do Tutor durante as atividades práticas desenvolvidas pelos residentes, mais de 16% consideram sua contribuição ótima e 17% consideram que suas participações foram boas. Confira gráfico 4.

Gráfico 4 - Contribuição dos tutores nas atividades práticas



Fonte: Galvão (2017, p. 97).

Esta percepção dos tutores pode ser proveniente de vários fatores. De acordo com os tutores, é reflexo de suas incipientes participações e conduções da prática em serviço, das quais tem destaque a fala do TT1:

Pelo fato que minha atuação acaba sendo de referência/ orientação e discussão de conduta e não de observação da prática efetivamente (TT1, 2016).

A atuação do tutor não se restringe somente a orientação. Conforme Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012, o Art. 11º, o mesmo descreve que a função de tutor se caracteriza por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. Desta forma, é necessário um maior envolvimento por parte dos profissionais que se comprometem em participar da formação dos residentes. Os TT2, TT4 e TT5 ratificam o que foi descrito pelo TT1, os quais pontuaram:

Participo da organização dos locais de prática e de eventuais problemas nos locais de prática (TT2, 2016).

Dificuldade com a disponibilidade de carga horária para atuação junto aos residentes (TT4, 2016).

Acredito haver necessidade de uma aproximação maior com os residentes e preceptores, as diversas atividades que desenvolvemos e a intensa carga horária dos residentes dificulta esse processo (TT5, 2016).

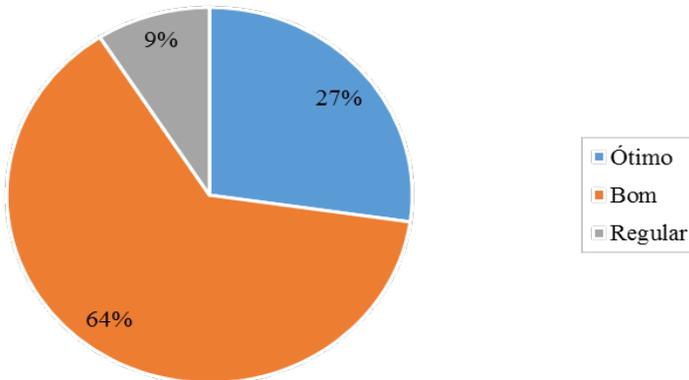
Essa aproximação colocada pelo TT5 é fundamental e necessária, visto que a formação em serviço é uma modalidade de ensino que visa discutir casos reais, fomentar uma aprendizagem pautada em vivências no campo de prática. O art. 11, § 2º da Resolução CNRMS nº 2, normatiza que:

§ 2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo

de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (CNRMS nº 2, 2012, p.4).

O Tutor é essencialmente importante para o processo do ensino em serviço. Mas ainda não tem a clara definição de seu papel nesta residência. Da mesma forma, os docentes têm papel fundamental no desenvolvimento das atividades práticas. Levando em consideração esse reconhecimento, mais de 60% dos docentes participantes da pesquisa consideram que contribuem significativamente para a realização das atividades práticas, indicando como ótimo sua atuação. Observe o gráfico a seguir:

Gráfico 5 - Contribuição dos Docentes nas atividades práticas



Fonte: Galvão (2017, p. 98).

As falas que representam a opinião dos docentes em relação à contribuição nas atividades práticas são do DC6 e do DC10, visto que são os participantes que definem com clareza suas contribuições durante a realização das atividades práticas:

Procuro aproximar a prática da teoria baseada em evidências de saúde, problematizando sempre para que possam ser críticos e reflexivos mediante sua prática profissional (DC6, 2016).

A carga de trabalho dentro da instituição, faz com que não consigamos atender ao tempo necessário para as atividades (DC10, 2016).

Esses docentes descrevem o que vivenciam cotidianamente, reconhecem a relevância da formação dos residentes, a maneira correta como tem que agir, mas também tem relevo as limitações impostas por conta do tempo disponível dedicado ao ensino, que não é suficiente para desenvolver um trabalho de qualidade. Depreende-se assim, que o atual sistema do qual esta residência faz parte, urge uma tomada de posicionamento dos gestores do ensino que estão à frente de sua organização, para que a qualidade exigida para o ensino em serviço ocorra efetivamente.

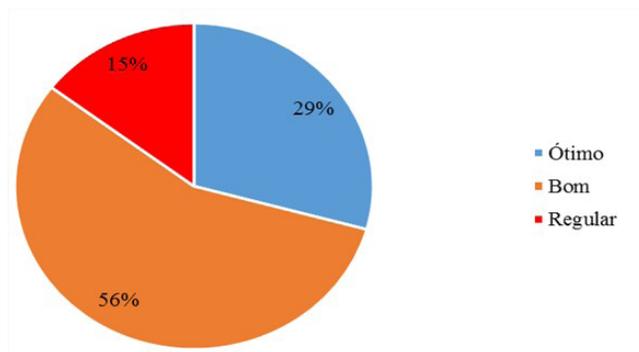
Assim, fazendo uma avaliação do papel docente, Freire (2011, p.63) chama atenção para que:

Ao pensar sobre o dever que tenho, como professor, de respeitar a dignidade do educando, sua autonomia, sua identidade em processo, devo pensar também, como já salientei, em como ter uma prática educativa em que aquele respeito, que sei dever ter ao educando, se realize em lugar de ser negado. Isso exige de mim uma reflexão crítica permanente sobre a minha prática através da qual vou fazendo a avaliação do meu próprio fazer com os educandos [...]. É que o trabalho do professor é o trabalho do professor com os alunos e não do professor consigo mesmo.

Para atuar como docente deve-se romper as barreiras postas à realização de um trabalho de ensino efetivo. Ao se assumir o compromisso com o ato de educar é preciso fazer uma reflexão em torno do que se pode perpetrar para melhorar o processo de ensino ao qual se propõem a contribuir.

Diante disso, ao se realizar o mesmo questionamento aos preceptores, mais de 50% consideram que suas contribuições nas atividades práticas são boas. Confira o gráfico 6.

Gráfico 6 - Contribuição dos preceptores nas atividades práticas



Fonte: Galvão (2017, p. 99).

Levando em consideração que a maioria avalia sua contribuição nas atividades práticas como bom, a seguir destaca-se as falas dos preceptores PC4, PC7, PC21, PC31, PC37 que melhor se conformam com este resultado apresentado na ilustração acima:

Creio que as atividades são desenvolvidas a contento, porém sempre há o que melhorar principalmente no acompanhamento direto das maiorias das atividades (PC4, 2016).

Falta comunicação entre gestores, tutores e coordenação (PC7, 2016)

Creio que se tivesse mais tempos para acompanhá-los e estabelecer rounds de estudos teríamos melhor aprendizado mútuo (PC21, 2016).

É necessário estar mais atento as atividades do meu residente (PC31, 2016).

Pontuo em bom, devido acessibilidade que sempre tenho, além de poder ajudar com a experiência que temos os residentes. Mas sempre buscamos melhoras (PC37, 2016).

Essas falas são muito interessantes, devido que os preceptores participantes reconhecem que sempre pode-se melhorar, que embora, na maioria das vezes, realize-se as orientações e supervisões de forma satisfatória, coloca em relevo que é necessário uma interação maior entre gestores, tutores, coordenação e residentes. Este é ponto significativo para que o ensino em serviço ocorra de forma que contribua com a formação continuada do profissional da saúde.

Ao se buscar uma estratégia para que o ensino em serviço seja visto como melhoria das atividades da instituição executora, Vázquez (1977) retoma uma discussão interessante a despeito da atuação em instituições burocratizadas. Este autor contribui afirmando que:

A práxis se burocratiza onde quer que o formalismo ou formulismo dominem, ou, mais exatamente, quando o formal se converte em seu próprio conteúdo. Na prática burocratizada o conteúdo se sacrifica à forma, o real ao ideal, e o particular concreto ao universal abstrato (VÁZQUEZ. 1977, p. 261).

Na atual conjuntura, esta é uma tendência verdadeira, pois existe na Instituição Executora uma prática burocratizada. Mas, a burocratização não pode interferir no processo de ensino e aprendizagem que se desenvolve neste ambiente. É necessário que os gestores do ensino tenham cuidado para que não deixem a práxis burocratizada³ influenciar na qualidade da formação em serviço.

Desta maneira, quanto a participação dos formadores durante suas atuações na Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, surgiu a necessidade de ouvir os residentes e egressos sobre os papéis desempenhados pelos formadores, levando em consideração a Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012, a qual delinea os

³ Não cabe neste momento deter a discussão sobre a práxis burocratizada, mas abriu-se um parêntese, visto que a Instituição executora da Residência em questão tem que cumprir as formalidades exigidas pelo Estado, exatamente, por esta instituição ser contratada para administrar uma Instituição Pública. Mais informações sobre a práxis burocratizada, conferir Vázquez (1977), que fala sobre a Filosofia da práxis.

conceitos de Tutor, Docente e Preceptor. Nesse sentido, perguntou-se se é possível afirmar que estes profissionais colaboradores com a formação em serviço, estão atendendo o que preconiza a legislação.

No que se refere aos Docentes, 54% dos Residentes afirmam que atendem parcialmente aos requisitos necessários para atuação na Residência, segundo os quais pode ser decorrente:

No que tange aos docentes, atende totalmente à legislação devido à vinculação com Instituições formadoras; mas o entrave ainda é a formação não voltada para a área da Residência. A tutoria atende parcialmente devido a pouca atividade de orientação. O preceptor atende, porém não tem a formação específica da Área de (Ortopedia e Traumatologia) (RD1, 2016).

Docentes: atendem parcialmente, em virtude, talvez de ser uma atividade gratuita, sem tanto comprometimento (RD4, 2016).

Docentes ministram aulas não muito relevantes. Tutor ausente e pouco resolutivo. Preceptores não mostram interesse em conciliar prática e teoria (RD5, 2016).

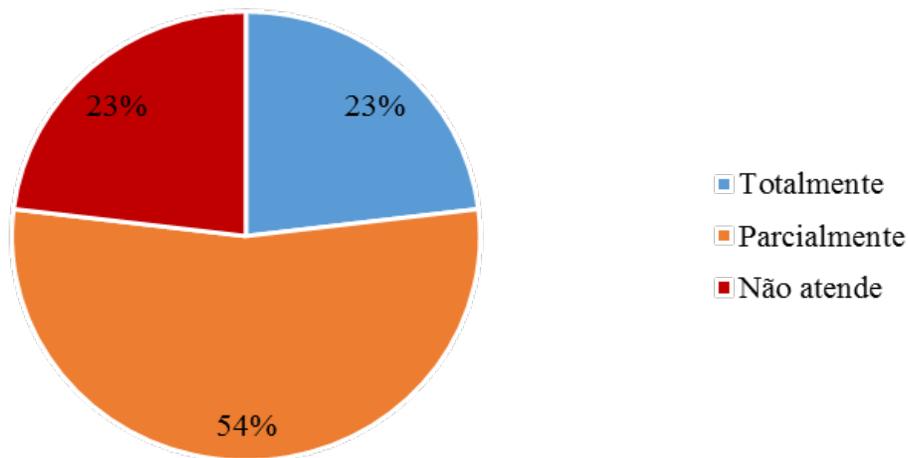
É difícil atender o que se preconiza por conta das limitações, a falta de docentes para dar aula e acompanhamento, a falta de interação entre docentes, tutores e preceptores. A falta de tempo por parte dos tutores e a supervisão real por parte dos preceptores (RD6, 2016)

Falta de docentes em algumas matérias, tutor pouco presente para sanar problemas e relacionamentos; preceptores por vezes ausentes (RD11, 2016).

Os Residentes apresentaram o seguinte resultado descrito na ilustração a seguir, os quais demonstram a contraditoriedade da atuação dos docentes, a

qual fica prejudicada pela falta de docentes disponíveis para contribuir nesta formação, o que é extensivo aos tutores e receptores, conforme será delineado no decorrer da discussão. (Confira gráfico 7).

Gráfico 7 - Avaliação dos Docentes pelos residentes

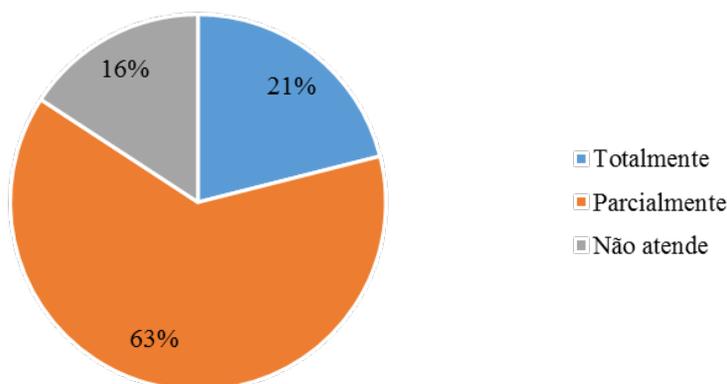


Fonte: Galvão (2017, p. 102).

Observou-se diante desse panorama, a partir do diário de campo, que por ser uma prestação de serviços “gratuita” isto tem impactado na qualidade das aulas oferecidas aos estudantes. No entanto, Freire (2011, p. 94) diz que ensinar exige comprometimento, pois “Não posso ser professor sem me pôr diante dos alunos sem revelar com facilidade ou relutância minha maneira de ser, de pensar politicamente [...]”.

A mesma pergunta foi realizada aos egressos, que em suas apreciações afirmaram que mais de 60% dos docentes atenderam parcialmente, o que pode ser reflexo de várias motivações. Confira o gráfico 8, a seguir.

Gráfico 8 - Avaliação dos Docentes pelos egressos



Fonte: Galvão (2017, p. 102).

De acordo com os egressos, este resultado é proveniente:

Na categoria de enfermagem na residência, tivemos, sim, docentes que quiseram fazer o diferencial no ensino. Contudo, a maioria estava perdido no que repassar e justificavam-se por não haver orientação prévia, “articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção”, inexistente. Tutor ausente. Preceptores despreparados para recepção de residentes, a maioria nem sabia o que significava residência, entendiam a presença do residente como divisão de trabalho ou um motivo para não fazê-lo e entregar o setor nas mãos do residente. Também, tivemos dois ou três preceptores que realmente fizeram jus à função, ensinando e orientando sempre e acima de tudo respeitando o residente como tal. É importante ressaltar a ausência, quase total, da Uepa na preparação e orientação dessas categorias (EG1, 2016).

Sobre o docente: das aulas do ciclo geral, comum a todos os residentes, as que foram ministradas por

videoaula, o que não propiciou a interação adequada com o professor, o que impossibilitou a aprendizagem de fato do conteúdo das aulas, das aulas que foram ministradas presencialmente, já se obteve uma qualidade satisfatória do conteúdo das aulas. Das aulas do conteúdo específico do meu curso: qualidade satisfatória parcialmente, todo o conteúdo do plano pedagógico não foi ministrado, faltou um planejamento acerca da oferta das disciplinas e dos docentes que deveriam ministrá-las. Sobre o aspecto, a sensação era de que “um favor” era prestado, e não de um direito de ter as aulas ministradas, faltou compromisso da gestão com os residentes, e respeito com estes que estavam dedicando integralmente, parte da sua vida, da sua profissão para o programa (EG2, 2016).

Infelizmente, a residência deixou a desejar, onde os docentes e os tutores tinham pouca disponibilidade para discussões teórico-práticas. Os preceptores, em sua maioria, não eram preparados para receber os residentes, deixando a desejar a supervisão direta e o residente era tido como uma mão de obra barata, substituindo muitas vezes o trabalho do preceptor (EG4, 2016).

Docente: pouca participação junto à intervenção para estímulo do preceptor/tutor/residente em pesquisas e atuação discreta para o aperfeiçoamento no desenvolvimento das atividades teórico-práticas, segundo o PP (EG12, 2016).

Dentre as falas, tem destaque o EG2, o qual justifica o resultado apresentado, acrescentando um item, pois as aulas do eixo comum ocorriam a distância, o que atrapalhava muito o processo de ensino e aprendizagem, visto que a qualidade da internet era péssima, além de não ter interação entre o docente e os estudantes para dirimir e sanar as dúvidas que surgiam. Outro ponto fundamental foi a falta de interação entre os formadores. Da mesma forma, o EG15 complementa pontuando sobre a formação dos profissionais:

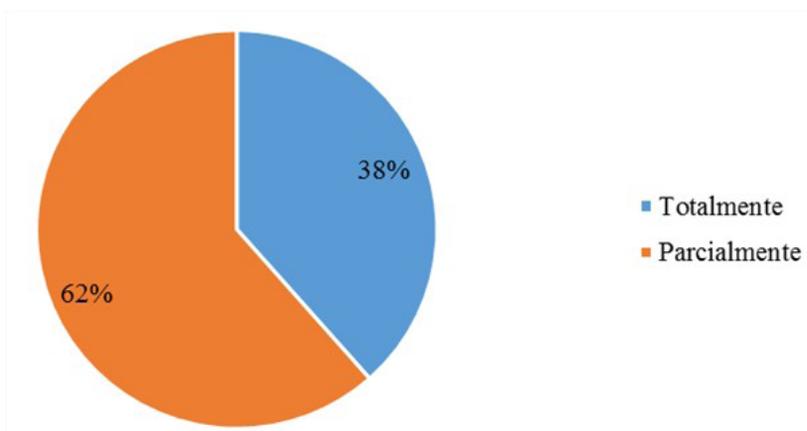
Não houve profissionais com conhecimento teórico/prático suficiente na área de traumatologia que pudessem direcionar nossas atividades e ensino com a especificidade da área. Eles eram sim profissionais competentes, mas em outras áreas, não na área em que a residência foi proposta (EG15, 2016).

De acordo com a Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012 no Artigo 10, inciso I, os docentes por serem profissionais ligados as Instituições formadoras ou executoras devem “articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção” (CNRMS nº 2, 2012, p.4).

Notou-se a partir desta regulamentação que o papel docente é muito importante para que a Residência ocorra da forma como foi planejada. Para tanto, é necessário que os docentes, ao se comprometerem em contribuir com a formação destes profissionais da saúde, desenvolvam um trabalho formativo crítico e reflexivo, porquanto é necessário a consciência de “[...] Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção [...]” (FREIRE, 2011, p. 47).

As atividades desenvolvidas na Residência devem ser realizadas de forma articulada. Partindo desta concepção, foi realizado o questionamento referente ao papel desempenhado pelo Tutor a partir do que pontua a Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012. Os residentes afirmam que 62% dos tutores atendem parcialmente. Confira gráfico 9, a seguir.

Gráfico 9 - Avaliação dos Tutores pelos residentes



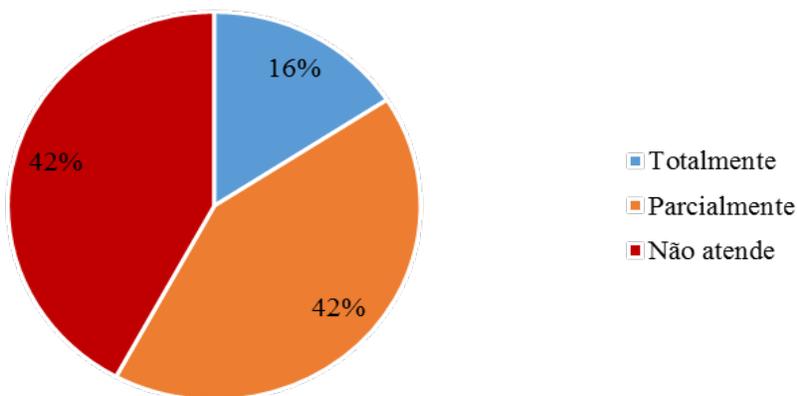
Fonte: Galvão (2017, p. 104).

A fala do RD8 representa a insatisfação dos residentes de forma geral. Demonstram a falta de aproximação entre os formadores, especialmente, entre tutores e docentes.

Precisa-se de maior integração de docentes, tutores e preceptores junto aos residentes. Observo que há ainda certo distanciamento dos tutores e docentes. Aos preceptores falta exercer de fato, o que define sua função, como supervisão e formação (RD8, 2016).

Quanto aos egressos em relação aos tutores, estes apresentaram um resultado peculiar, pois 42% afirmaram que os tutores atendem parcialmente e 42% também afirmaram que os tutores não atendem o que está normatizado pela Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012. Confira o gráfico 10.

Gráfico 10 - Avaliação dos Tutores pelos egressos



Fonte: Galvão (2017, p. 105).

Nesse sentido, para se entender melhor, destacam-se duas justificativas manifestadas pelos participantes da pesquisa:

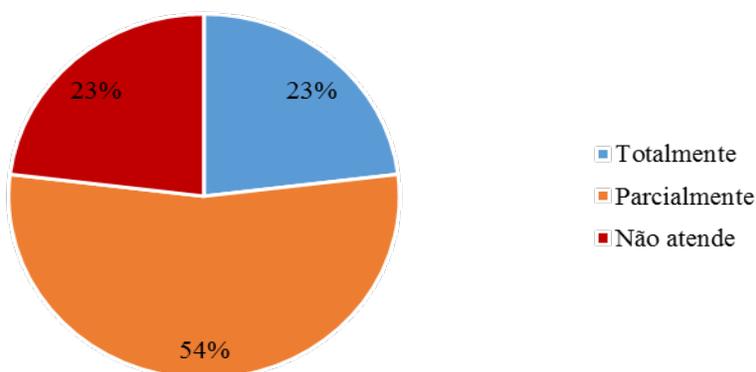
O tutor no meu caso não possuía mestrado, que seria a qualificação mínima para o tutor e os preceptores possuíam pouca experiência na área de atuação específica (EG11, 2016).

Tutor: atende curricularmente a exigência descrita, porém, pouco houve tutoria de campo e núcleo, no qual, em um determinado período, chegou a ser inexistente. Preceptor: as supervisões feitas, em muitos casos, foram pouco efetivas e sem proposta educacional (alguns, por estarem em formação no âmbito da preceptoría e outros por desconhecerem métodos afins); alguns preceptores não tinham título de especialista e outros não tinham especialização com a área de atuação da residência (ortopedia e traumatologia) (EG12, 2016).

Verificou-se que urge uma tomada de decisão por parte dos gestores do ensino no que se refere à aproximação entre os formadores, o que inclui a participação de quem acompanha estes estudantes cotidianamente no

campo assistencial. Os residentes aos se posicionarem em relação ao papel desempenhado pelos Preceptores, apresentaram que: 54% dos Residentes (ver gráfico 11) corroboram que os preceptores atendem o que preconiza a Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012, mas reconhecem que estes profissionais que estão à frente do acompanhamento das atividades teórico-práticas necessitam de uma formação pedagógica, bem como ter conhecimento de que embora os estudantes sejam profissionais formados, enquanto estiverem cursando a Residência precisam ser vistos como pessoas em formação.

Gráfico 11 - Avaliação dos Preceptores pelos residentes



Fonte: Galvão (2017, p. 106).

Desta forma, tem destaque entre os Residentes as seguintes falas:

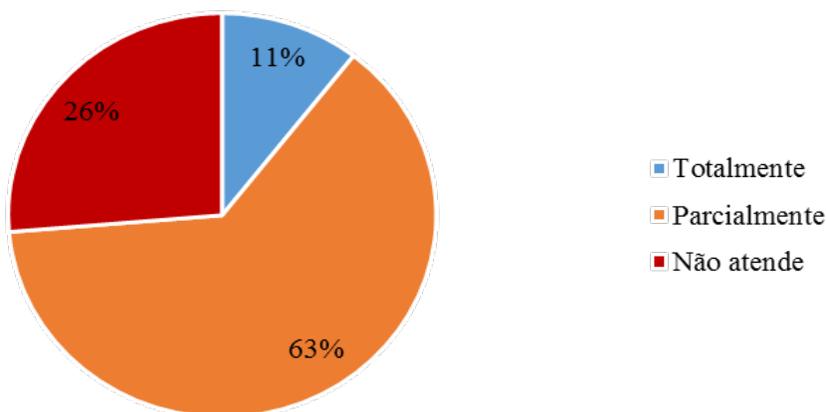
Os preceptores deveriam ser mais qualificados para receber o residente e com especialização em ortopedia e traumatologia (RD9, 2016).

Alguns preceptores não desenvolvem o que lhes competem, sendo a supervisão das atividades a maior das negligências para com o residente (RD12, 2016).

O papel do preceptor é essencial para a formação de profissionais da saúde comprometidos com uma assistência humanizada, mas, para isso, é

premente que estes tenham um desenvolvimento adequado para contribuir com a construção do ensino e aprendizagem destes profissionais. Observem no gráfico 12 que mais de 60% afirmaram que os preceptores atendem parcialmente:

Gráfico 12 - Avaliação dos Preceptores pelos Egressos



Fonte: Galvão (2017, p. 106).

Ao se verificar estes resultados sobre os papéis desenvolvidos pelos preceptores na percepção dos egressos, têm destaques as afirmativas dos EG4, EG6 e do EG9, os quais demonstram as fragilidades deste acompanhamento e deixam evidente quais ações devem ser promovidas para que a formação nesta Residência seja melhorada.

Os preceptores, em sua maioria, não eram preparados para receber os residentes, deixando a desejar a supervisão direta e o residente era tido como uma mão de obra barata, substituindo muitas vezes o trabalho do preceptor (EG4, 2016).

Tive algumas preceptoras que se formaram no mesmo ano que eu e não tinha especialização e nem experiência profissional (EG6, 2016).

Preceptor: de 11, apenas 2 com titulação mínima de especialista. Acompanhavam e orientavam quanto as atividades e rotinas apenas no princípio, após, exerciam suas atividades de forma individual, tendo o residente como um colega colaborador, sendo esta uma realidade bem contrária (EG9, 2016).

A formação específica dos preceptores na área da Residência oferecida é fundamental para a qualidade do ensino em serviço nesta especialidade. Para tanto, tem-se um outro agravante observado durante a pesquisa empírica, que poderia melhorar significativamente a qualidade da Residência, mas que não está contemplado. Neste caso, por ser uma Residência Multiprofissional em Saúde, seria de extrema relevância a participação do profissional médico. Mas, a própria legislação exclui a classe médica desta formação multiprofissional:

Art. 3º. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado às profissões da saúde, **excetuada a médica**, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva (CNRMS Nº 2, 2012, p.1).

Observou-se que a participação do profissional médico na formação dos residentes constituiria uma formação mais completa pelo grau de conhecimento dos especialistas na área oferecida da Residência. Mas, o que ainda se verificou que quase inexistente esta interação, inclusive não se encontrou nenhum documento que formalize a participação do profissional da saúde médico na Residência Multiprofissional, o que se configura em uma perda irreparável para uma formação em serviço, até mesmo pelo fato da equipe está sendo formada sem um de seus membros, o médico, que vai atuar no momento do atendimento ao paciente internado.

Mediante este quadro levando em conta as justificativas e as avaliações realizadas por residentes e egressos em relação ao papel desenvolvido pelos Tutores, Docentes e Preceptores, ao se questionar os Gestores do Ensino sobre a falta de remuneração para os formadores, os mesmos afirmam que:

Nesses 4 anos e pouquinho de vivência com a residência médica e esses três anos da Multi, impacta, aqui especialmente em Santarém você não vê isso tão nítido assim, mas olhando num contexto mais amplo a gente vê dificuldades de implantação ou de continuidade de implantação de residências de uma melhor forma por causa dessa situação financeira, dos preceptores não terem uma remuneração e um reconhecimento melhor de alguma forma que venha e fique mais claro, com certeza isso impacta (GE1, 2016).

[...] o preceptor que tá na área de prática ele precisa ter tempo para realizar as atividades com os residentes. Eu preciso ter profissionais suficientes, preceptores suficientes pra que ocorra isso, isso seria o ideal. O tutor ele precisa ter mecanismos pra fomentar essa situação, a situação de pesquisa científica, direcionamento para a resolutividade de problemas, por exemplo, da área de prática né, implementação, sugestão de implementação de novas rotinas e tudo mais. E, já o docente, o docente na instituição de ensino, promotora da Residência, ele precisa ter também tempo pra realizar as atividades didáticas, atividades de ensino e não é isso que acontece, a gente vive numa instituição que, especificamente falando da UEPA, a gente tem poucos profissionais e na realidade, eu falo do ponto de vista de Santarém, existem muito poucos profissionais que é para compor esse quadro que é importante, tanto para preceptores, tanto para tutores e pra docentes. O quê que acaba acontecendo? o professor, o docente ele tem sua carga horária lotada pela UEPA e ele tem uma carga horária adicional pra está participando na residência, [...] vejo que é uma iniciativa que leva muito o mérito do profissional, porque é muito o querer

participar e o querer tocar um projeto pra frente, eu sei que com o passar do tempo essas coisas vão melhorar, há surgimento de novos profissionais qualificados que vão seguir a carreira, vai melhorar a questão da quantidade de docentes, essa carga horária ela pode ser melhor dividida na Universidade, a carga horária das disciplinas regulares da universidade, os professores eles vão poder ter esse abatimento na carga horária que é garantido por lei pra quem participa de residências, como docente, e, eu vejo da mesma forma do ponto de vista dos preceptores, principalmente (GE2, 2016).

Diante desse contexto, observa-se que é uma questão de corresponsabilidades de gestão, por se tratar exatamente de uma residência que não disponibiliza incentivo financeiro para seus colaboradores, mas necessariamente faz-se fundamental maior interação entre a gestão do ensino (HRBA/UEPA) para dirimir dúvidas e fomentar um esclarecimento ao se convidar os participantes a colaborarem, pontuando os pontos positivos e negativos para sua contribuição.

Ainda é imprescindível que ocorra uma intervenção efetiva da gestão do ensino da UEPA, visto que no Regimento da Residência (2015) se afirma no Art. 28º, §1º que “Os docentes da UEPA que ministrarem aulas no Programa terão direito a 04 (quatro) horas semanais efetivas em sua carga horária”, e o que se constatou durante a observação participante é que isto ainda não é efetivo.

Estes dados demonstram que é necessária uma ação concreta, tanto por parte da Instituição Proponente quanto da Instituição Executora, para que seja melhorada a interação e comunicação entre os profissionais (Docentes, Tutores e Preceptores) envolvidos nesta formação em serviço para o desenvolvimento da Residência Multiprofissional no HRBA, para que seja atendido o que coloca a Resolução CNRMS Nº 2 de 13/04/2012 e o Regimento da UEPA/2015, documento de referência para sua execução.

Mas, para

Desenvolver a reflexão crítica, identificar os campos de dificuldades e de capacidades, estimular a identificação de estratégias e recursos é fundamental nessa perspectiva. A perspectiva de ação exige uma estratégia metodológica participativa, ativa. Entretanto, esse conjunto de recursos ativos só podem surtir frutos se as metas estiverem claras, se as dualidades ou ambiguidades forem reconhecidas e se o espaço dialético for permitido (GUAZELI; PEREIRA, 2012, p.112).

A integração do ensino em serviço tem sido pauta de reflexão, isto porque, esta modalidade tem se fortalecido com a oferta das residências médicas e multiprofissionais. Mas, para se construir uma formação integral que leve em consideração a teoria e a prática, é necessário que:

Os profissionais de saúde precisam debater, refletir, apreender, compreender, ressaltar, indagar, permitir, acrescentar, diferenciar o *ser* do *fazer*. Essa tendência tem crescido e evoluído nos últimos tempos, mas ainda se observa que alguns precisam apreender o *verdadeiro* caminho para *fazer* uma assistência que precisa ser valorizada e respeitada em seus preceitos e códigos de ética. Atualmente, o comprometimento, a ética e o relacionamento interpessoal são indispensáveis para a assistência de qualidade (FONSECA, 2010, s/p).

A partir deste repensar a formação profissional, os colaboradores que recebem estes estudantes devem saber qual é o papel a ser desempenhado, o que subjaz uma intervenção e orientação da gestão do ensino, tanto da instituição proponente quanto da instituição executora, o que pressupõe assumir responsabilidades para o acompanhamento e orientação para uma prática formativa interdisciplinar e multiprofissional.

Neste sentido, a próxima seção demonstra os residentes enquanto protagonistas do processo de ensino e aprendizagem no ensino em serviço, fazendo uma reflexão avaliativa desta residência. Da mesma forma, para uma análise completa, a pesquisa foi estendida aos egressos, os quais foram fundamentais no entendimento do processo educativo, bem como, nas proposições de melhorias para a Educação na Saúde.

3.4 Residentes e egressos: protagonistas do processo de aprendizagem

Os estudantes são parte fundamental para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem. Desta forma, é necessário percebê-los como seres ativos e não meros receptores de conteúdo ou profissionais de saúde trabalhadores do serviço. É mister diante desta perspectiva de uma formação completa, tanto formadores quanto residentes disporem de uma visão holística, o que de acordo Santos (2010 *apud* MIRANDA E MALAGUTTI, 2010, p. 61):

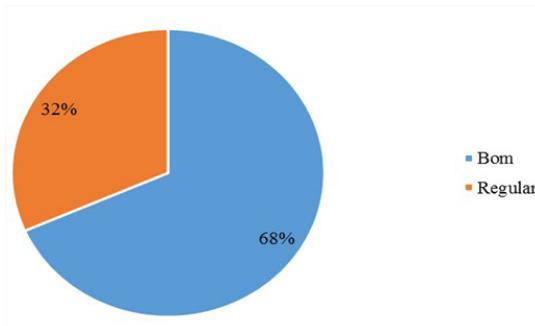
[...] o termo *holismo* é utilizado para designar uma ideia ou compreensão de algo que envolve os três níveis principais de existência do ser humano: corpo, mente e espírito. Entende-se que, quando uma dessas áreas do ser não está bem, a outra logo se comprometerá, ou seja, quando uma delas não está harmônica, deve logo ser tratada para evitar danos ou agravo à saúde do indivíduo.

Além de ter um pensamento crítico e reflexivo, o estudante da Residência Multiprofissional deve perceber que “A saúde é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes [...]” (CAPRA, 2006, p. 315).

Desta forma, no que se refere a influência em suas decisões para cursar a Residência em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia em Santarém, 92,3% e 73,7% respectivamente afirmaram que a possibilidade de estudar com bolsa foi o que mais influenciou. Quanto ao desenvolvimento

dos residentes durante a participação nas atividades práticas, mais de 60% deles consideram que tem uma boa participação e os demais, consideram regular (ver gráfico 13).

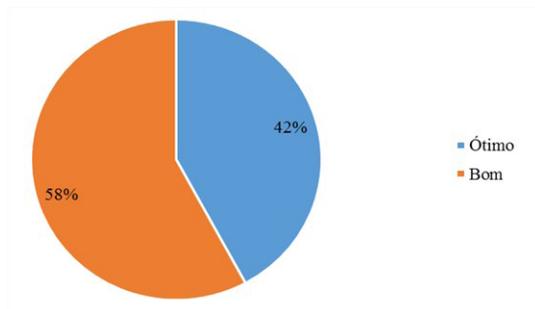
Gráfico 13 – Participação dos residentes nas atividades práticas



Fonte: Galvão (2017, p. 110).

Os egressos afirmam que suas participações nas atividades práticas foram ótimas e boas, o que permite dizer que a Residência Multiprofissional, enquanto modalidade educativa, que integra ensino em serviço, tem cooperado com a formação dos profissionais da saúde, como demonstrado junto aos dados desta pesquisa. Porém, dados deste estudo empírico leva a afirmar que ela necessita de uma intervenção para que as atividades teóricas-práticas sejam desenvolvidas de forma a contemplar a área específica para a qual se propõe formar. Confira o gráfico 14.

Gráfico 14 - Participação dos egressos nas atividades práticas



Fonte: Galvão (2017, p. 111).

O ensino em serviço requer dedicação de todos os que estão envolvidos com o processo de ensino e aprendizagem. Para tanto, demanda dos residentes autonomia para aprender, visto que “Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde [...]” (ALBUQUERQUE *et al*, 2008, p. 357).

Como em todo processo de estruturação do ensino existem as fragilidades durante o seu desenvolvimento, na Residência Multiprofissional em Saúde surgiu a necessidade de se entender e conhecer as principais dificuldades encontradas pelos residentes e egressos, bem como, pelos formadores. Nesse sentido, 100% dos residentes afirmaram ter encontrado dificuldades. Desta, encontram-se a falta de docentes para ministrar disciplinas, conciliar pesquisa e atividades teórico-práticas e a relação com os Preceptores.

No que se refere a falta de docentes para ministrar as disciplinas, a dificuldade diz respeito à docentes qualificados na área de Ortopedia e Traumatologia, conforme já mencionado anteriormente. Outro ponto que serve como barreira no desenvolvimento da residência são dificuldades para a realização de pesquisas em decorrência do longo tempo dedicado prioritariamente à parte de assistência.

A despeito da relação da opinião dos preceptores, a maior dificuldade encontra-se em que alguns deles não são conscientes quanto ao papel do profissional residente dentro da instituição, bem como não demonstram possuir domínio de conteúdo para contribuir com a formação do residente⁴ nesta área do conhecimento.

As opiniões dos preceptores coincidiram com as já apresentadas pelos atuais residentes, quais sejam, as dificuldades citadas e destacadas como

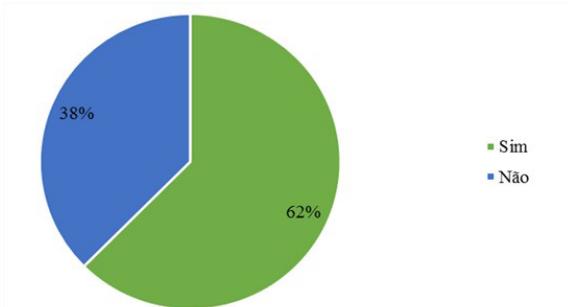
⁴ Estas observações foram realizadas durante as reuniões com demanda espontânea, pela necessidade que os próprios residentes sentiram em externar as dificuldades encontradas, almejando uma busca de solução para dirimi-las (Diário de campo da pesquisadora) (2016).

maior expressão pelos egressos diz respeito ao desenvolvimento das atividades teórico-práticas, em conciliar pesquisa e atividades teórico-práticas, bem como a falta de docentes para ministrar disciplinas. Segundo os egressos, a maioria dos preceptores não tinha consciência do que seja a Residência, provavelmente por este motivo as atividades teórico-práticas foram prejudicadas, como também a aulas teóricas, por falta de docentes para ministrá-las.

Quanto aos preceptores, 62% afirmaram que encontram dificuldades, sendo que enfatizam a dificuldade em conciliar trabalho e acompanhamento dos residentes, como também acompanhar a dinâmica do ensino em serviço e a relação com Tutores, que segundo eles é inexistente.

Além destas, observou-se que a instalação da Residência Multiprofissional no serviço sem benefícios financeiros para os preceptores acaba atrapalhando seu desenvolvimento, pois os preceptores alegam que tem que se desdobrarem para manter uma qualidade de ensino dos residentes, tendo que conciliar com assistência de qualidade aos usuários do hospital, e não dispõem de nenhum tipo de contrapartida, seja ela financeira ou de incentivo à própria especialização na área (Confira o gráfico 15).

Gráfico 15 - Dificuldades no desenvolvimento da residência: Preceptores

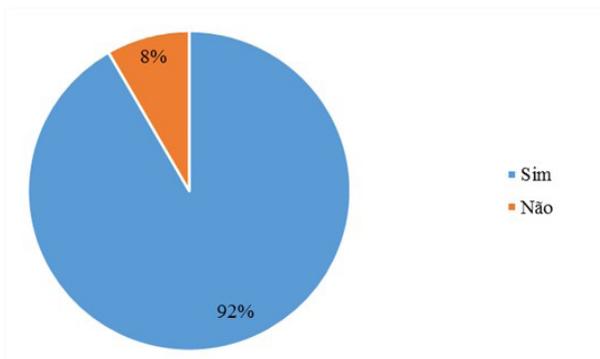


Fonte: Galvão (2017, p. 112).

Quanto aos docentes, 92% afirmaram que tiveram dificuldades, especialmente no que se refere a falta de remuneração e conciliar trabalho e ministração de aulas, pois trata-se de um trabalho voluntário que dispõe

de dedicação e isto acaba intervindo negativamente no desenvolvimento das atividades desta residência (Confira o gráfico 16).

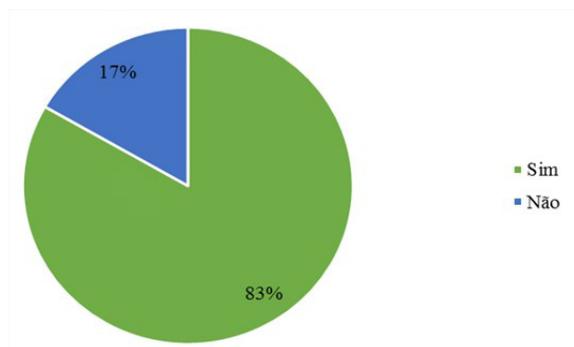
Gráfico 16 - Dificuldades no desenvolvimento da residência: Docentes



Fonte: Galvão (2017, p. 113).

Quanto aos tutores, 83% afirmaram ter encontrado dificuldades. Em relação aos demais participantes, observou-se que os tutores tiveram menos dificuldades. De acordo com as manifestações no instrumento aplicado, o que mais dificultou a realização das atividades foi conciliar trabalho e ministração de aulas e a falta de Remuneração. (Confira o gráfico 17, a seguir).

Gráfico 17 - Dificuldades no desenvolvimento da residência: Tutores



Fonte: Galvão (2017, p. 113).

O atendimento das dificuldades relatadas e observadas são relevantes para a melhoria do processo desta Residência, bem como para o fortalecimento

do ensino em serviço na região amazônica. Como ressalta Berbel (2011, p. 26) “[...] o professor é o grande intermediador desse trabalho, e ele tanto pode contribuir para a promoção de autonomia dos alunos como para a manutenção de comportamentos de controle sobre os mesmos. [...]”.

Nesse panorama, faz-se necessária a compreensão de que a aprendizagem concorre para a autonomia dos estudos, na qual todos devem fazer parte da construção de um ensino que contribua para o desenvolvimento cognitivo do educando e para a consolidação da Residência Multiprofissional em Saúde. Para tanto, faz-se premente que a gestão do ensino se aproprie de todas essas demandas e faça um plano de ação, no sentido de minimizar os entraves pontuados.

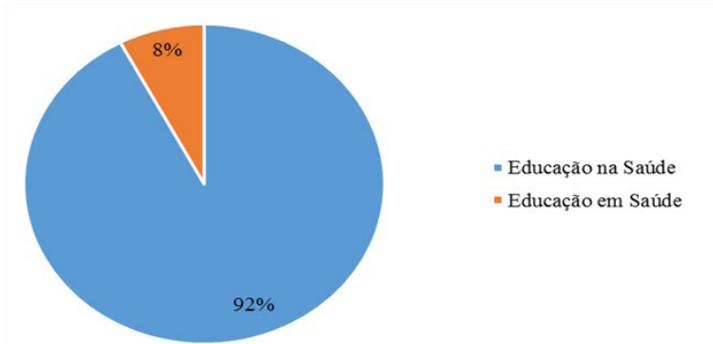
CAPÍTULO 4

A CULTURA DE HOSPITAL DE ENSINO: BASE PARA O ENSINO EM SERVIÇO

Discorrer sobre a gestão do ensino na Educação em Saúde cabe observar como os profissionais pensam em torno do que seja a formação oferecida na Residência Multiprofissional em questão, se esta é concebida como Educação na Saúde ou Educação em Saúde, visto que suas atuações se conformam com a definição que fazem destes termos.

Ao se perguntar aos residentes sobre as definições elencadas pelo glossário temático do MS (2012), qual a diferença entre a Educação na Saúde e Educação em Saúde, a partir de qual conceito consideram que a Residência Multiprofissional em Saúde está sendo desenvolvida, dos participantes na pesquisa empírica, 92% consideram esta formação como Educação na Saúde. Confira o gráfico 18, a seguir.

Gráfico 18 - Concepção dos Residentes sobre Educação na Saúde e Educação em Saúde



Fonte: Galvão (2017, p. 114).

Nesse sentido, faz-se relevante retomar os conceitos definidos no Glossário Temático pelo MS (2012), quando considera que a Educação na Saúde tem como fundamento a formação científica, pois proporciona ao estudante às discussões de casos clínicos reais. A partir desta perspectiva, o residente tem a oportunidade de relacionar a teoria e a prática, tornando o ensino e a aprendizagem muito mais significativos.

Concernente às respostas dos RD1, RD4 e RD8, os quais expressam a justificativa desta classificação, isto ocorre, pois:

A residência está se desenvolvendo a partir da Educação na Saúde, pois a formação envolve a aquisição de subsídios científicos que envolvem prática de ensino (RD1, 2016).

Pode-se destacar a prática assistencial que é bem específica e semi focada na área, o que precisa ser complementado é a teoria mesmo. Outro destaque é a atuação no centro cirúrgico que é o mais específico e onde se aprende mais (RD4, 2016).

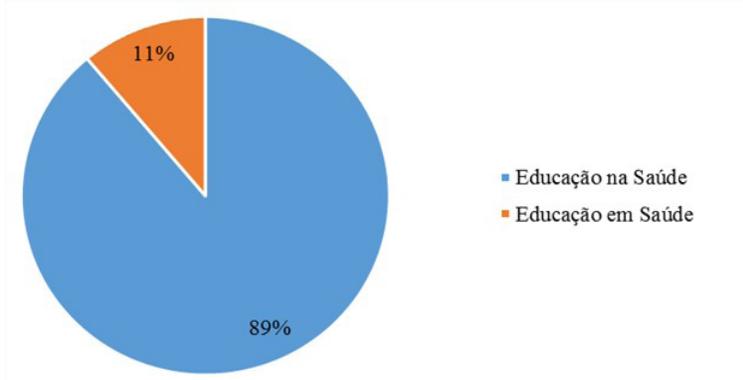
A residência multiprofissional é uma estratégia formadora o que se encaixa na “Educação na saúde”,

o que precisa ser melhorado no que se refere a minha vivência profissional (RD8, 2016).

Observa-se que na visão dos residentes, embora a definam como Educação na Saúde, enquanto estratégia formadora por meio da aquisição de subsídios científicos, discussões de casos clínicos junto a formação profissional, está intrinsecamente embutida nas falas a necessidade que se tem em melhorar o processo de ensino para que se tenha uma formação completa, na qual o tratamento humanizado possa reconhecer as “[...] subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde [...] (RIOS, 2009, p.10).

Quanto aos egressos, a maioria dos participantes declaram que a Residência Multiprofissional está condizente com a Educação na Saúde, tomando por base suas respostas. Confira o gráfico 19, a seguir.

Gráfico 19 - Concepção dos Egressos sobre Educação na Saúde e Educação em Saúde



Fonte: Galvão (2017, p. 115).

Observou-se que 89% dos egressos consideraram que a residência está categorizada como Educação na Saúde. Em relação ao posicionamento dos residentes, existe uma diferença na fala dos egressos que serve como

demonstrativo de que o processo, a *priori*, direcionado pela gestão do ensino tem melhorado, embora se reconheça a partir desses dados que a Residência ainda precisa de ajustes para que não ocorram dúvidas em relação à sua definição enquanto Educação na Saúde. Neste sentido, EG8 e EG13 destacam:

Apesar das dificuldades para a execução plena do Programa de Residência, em alguns momentos houve produção de conhecimento relativo à Ortopedia e Traumatologia (EG8, 2016).

Pude exercer de forma sistemática meus conhecimentos adquiridos na graduação e em outras capacitações junto à assistência de forma assistencial e/ou didática junto a comunidade. Tive, por exemplo, a oportunidade de participar de palestras e ações sociais proporcionado pelo hospital ou pela UEPA levando o que eu aprendia ou aprendi durante minhas relações teórico (EG13, 2016).

O grupo refletiu sobre a formação em serviço que extrapola os muros institucionais, mas que também implica a retomada da educação permanente, uma vez que:

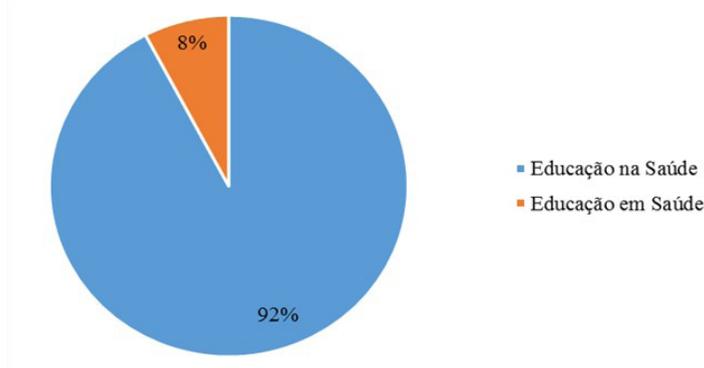
Na educação permanente, o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores. É a partir da realidade, de suas práticas, das concepções que portam e das suas relações de trabalho que se constroem os processos educativos. Há que se reconhecer a complexidade aí inscrita: disputa de poder, lógicas corporativas, problemas pouco estruturados, escassa governabilidade para enfrentar problemas críticos, aí por diante [...] (MERHY; FEUEWERKER, 2014, P. 16).

Nesse sentido, fica evidente o que Paulo Freire (2011) vem colocando ao longo dos anos sobre o processo de ensinar e aprender, visto que enquanto os residentes e/ou egressos estavam passando pelo processo de aprendizagem,

os preceptores (trabalhadores das instituições), também aprendem, e assim se constrói a formação em serviço, pautada na troca de conhecimentos por meio do conhecimento teórico-prático.

Da mesma forma, na concepção dos preceptores esta residência se enquadra na Educação na Saúde, notando-se 92%. Confira o gráfico 20, a seguir.

Gráfico 20 - Concepção dos Preceptores sobre Educação na Saúde e Educação em Saúde



Fonte: Galvão (2017, p. 117).

Em análise às respostas dos participantes, constatou-se que o 8% restante confundem veementemente as definições de Educação na Saúde e Educação em Saúde, não sabendo ao certo o que é uma ou a outra. Desta maneira, dependeu-se os posicionamentos dos PCs que representam de uma forma apropriada os 92%.

Prepara-se aquele profissional/residente para atuar na Educação na Saúde quando ele se sente capaz de solucionar uma determinada problemática em sua realidade. por exemplo: avaliar adequadamente um determinado paciente e elencar objetivos e conduta adequadas (PC4, 2016)

A construção de conhecimentos é fundamental para o processo do ensino aprendizagem na educação em

saúde. a formação dos profissionais de saúde favorecem a reflexão a cerca dos conhecimentos adquiridos na Residência Multiprofissional (PC11, 2016).

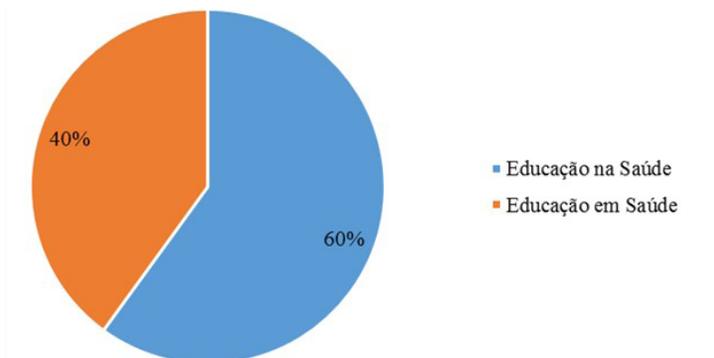
Porque também estamos profissionalizando e inserindo pessoas na carreira de saúde, nos adequamos mais no conceito e definição de Educação na Saúde (PC26, 2016).

Entretanto, vê-se uma visão reduzida do processo de ensino por parte destes formadores. Não é só profissionarizar ou se adequar ao que está sendo posto, pois a “Educação é vista em conexão com o contexto social-ecnômico-político [...]” (VEIGA, 2011, p. 106).

Partido deste pressuposto, o preceptor tem papel essencial na formação científica destes estudantes, tornando-se mediador do conhecimento teórico-prático, no sentido de formar profissionais da saúde que reconheçam a importância das características humanas, os quais possam propor “construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da Saúde [...]” (RIOS, 2009, p. 12).

Do corpo docente participante, 60% afirmam que a Residência Multiprofissional da forma como está sendo desenvolvida está dentro do conceito da Educação na Saúde. Confira o gráfico 21, a seguir.

Gráfico 21 - Concepção dos Docentes sobre Educação na Saúde e Educação em Saúde



Fonte: Galvão (2017, p. 118).

Em relação aos Residentes, egressos e preceptores, os docentes mostram uma visão equiparada em relação aos conceitos desenvolvidos atualmente nesta Residência. De qualquer forma, DC4, DC5 e DC6 afirmam que a a Residência Multiprofissional está sendo definida como Educação na Saúde

Os profissonas que são mais qualificados em educação na saúde prestam melhores serviços (DC4, 2016).

Pois há uma maior concentração na produção do conhecimento, apesar de termos interesse em desenvolver umas atividades em atenção básica, voltadas a promoção e proteção de traumas ortopédicos (DC5, 2016).

Publicação de artigos científicos, trabalhos e pesquisas relacionadas a temáticas vivenciadas durante a formação profissional (DC6, 2016).

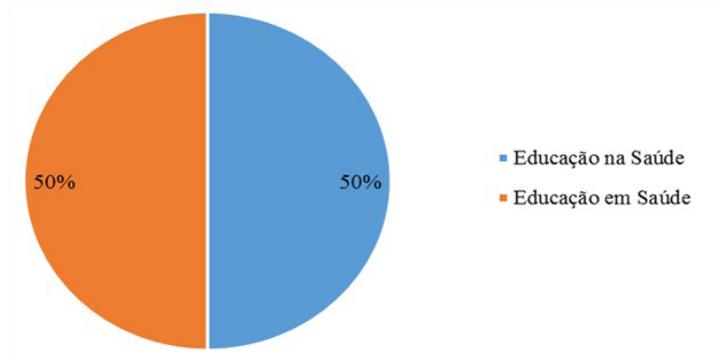
Embora o conteúdo abordado seja referenciado para a especialidade em Ortopedia e Tramatologia, constatou-se nas falas dos DCs acima mencionados que não estão levando em consideração a proposta em sua integralidade dentro da Residência, visto que a “Atenção Integral”, de acordo o que foi colocado, não está sendo abordada. Retoma-se a discussão anteriormente realizada, ao se propor uma avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde, pois concernete às diretrizes pedagógicas do Projeto desta Residência:

A residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de educação profissional pós-graduada, desenvolvida em ambiente de serviço e mediante supervisão docente-assistencial, devendo dispor da rede SUS como rede-escola de formação. Concebe-se a **formação multiprofissional integrada de trabalhadores para atuarem, nos diferentes níveis da atenção, no cuidado à saúde e na gestão do sistema** (UEPA, 2015, p.17).

Vale destacar a formação integrada em diferentes níveis de atenção. Desta forma, parte-se do princípio de que a gestão do ensino necessita estar conectada com uma formação integral, pois os docentes, bem como os demais participantes desta formação, precisam ser orientados para que desenvolvam as funções que lhes são referidas, vislumbrando uma educação como prática social, sem que ocorra a fragmentação do ensino e o distanciamento dos conteúdos necessários (MORENO, 2015).

Quanto aos tutores, estes afirmam que na atual conjuntura na qual a Residência se desenvolve, esta está 50% para Educação na Saúde e 50% para Educação em Saúde, o que denota falta de formação específica e adoção de uma metodologia na prática de ensino, o que interfere na condução do curso. Confira o gráfico 22.

Gráfico 22 - Concepção dos Tutores sobre Educação na Saúde e Educação em Saúde



Fonte: Galvão (2017, p. 119).

Não obstante, vê-se uma compreensão dos tutores voltada para uma prática do ensino alinhada à profissionização. Das justificativas, o TT3 e o TT5 asseguram que ao contrário do que se tem afirmado, esta Residência não forma em uma perspectiva integral da Educação na Saúde e, sim, no viés da Educação em Saúde. Embora, na ilustração 22 esteja descrito 50% para as duas definições, tem destaque as justificativas pontuadas em relação a Educação em Saúde, conforme exemplos de fragmentos dos discursos dos pesquisados, a seguir:

O residente não está habilitado para atividades didáticas, mas sim um profissional com um conhecimento diferenciado sobre determinada temática (TT3, 2016).

A prática de Educação em Saúde é vista através da construção do conhecimento que ocorre na residência multiprofissional, visando como um dos beneficiados a população e não somente o profissional de saúde, atingindo assim o caráter educativo da residência (TT5, 2016).

Na realidade, os dois conceitos estão imbricados, visto que a Educação em Saúde necessitam de profissionais que tenham uma formação acadêmico-científica, a qual ocorre na Educação na Saúde, mormente por se tratar de profissionais de saúde que estão sendo preparados ou já atuam no SUS, o que está fortemente conectado com uma aprendizagem voltada para o cuidado, para uma ação humanizada e uma gestão que considere os aspectos físicos, psíquicos, sociais, econômicos e culturais do usuário.

No que diz respeito a esta temática, o GE1 pontua que a Residência Multiprofissional se aplica tanto a Educação na Saúde quanto a Educação em Saúde, pois

A Educação na Saúde é a proposta de organização da Residência, onde eles tem uma grande carga horária de vivência prática desse conteúdo junto a assistência onde eles podem vivenciar tato a aplicação dos conteúdos teóricos quanto a interação com o paciente, com o ambiente, conhecendo como funciona o sistema de úico de saúde nos ambientes em que atuam. E a Educação em Saúde, em menor quantidade, menos vezes de realização, visto que essa prática normalmente que eles se inserem nas atividades que os ambientes do SUS proporcionam, então tem ações e nessas ações eles encabeçam, vão participar dessas ações realizando então estas atividades de educação em Saúde. Então, acho que as duas atividades são contempladas, uma

bem a contento e já a Educação em Saúde fica em menor quantidade, visto que não é o foco principal dessa Residência, mas que eles tem de certa forma essa vivência e essa participação, tem sim (GE1, 2016).

Diante deste posicionamento, que apesar da Residência está descrita dentro do que coloca a conceituação do MS no que se refere a Educação na Saúde, por se tratar da formação a partir da produção e o desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas, pode-se inferir que esta formação utiliza-se dentro de suas práticas de ensino a educação em saúde, pois esta é posta como apropriação temática pela população por meio da disseminação da informação e não à profissionalização (MS, 2012).

Definido as percepções em relação a Educação na Saúde e em Saúde, cabe fazer referência da contribuição desta Residência para a Cultura de HE, visto que esta formação “diz muito” sobre as ações dos gestores do ensino (HRBA/UEPA) no que se refere à sua concretização enquanto modalidade de formação em nível de pós-graduação *Lato Sensu*.

4.1 Contribuição da Residência Multiprofissional para a Cultura de HE

Disseminar a cultura de HE em um hospital que tem como base pessoas com visão assistencialista pautada no modelo biomédico¹ e meritocrático², especialmente, no que se refere a uma gestão do ensino que tem que atender aos princípios de uma gestão hierarquizada, é desafiador.

Entretanto, se faz premente desbravar caminhos que levem a uma visão democrática do processo de ensino em saúde na região, visto que “Para que

¹ Cutolo (2006) descreve o modelo biomédico como o centro da atenção no Modelo Biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde. Para mais informações consulte o site <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/392.pdf>.

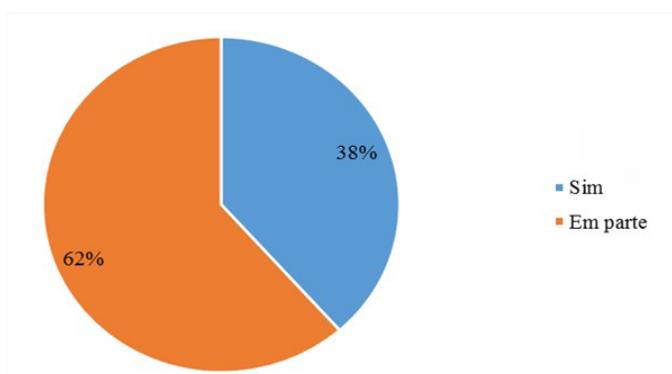
² De acordo com Barbosa (2014) a meritocracia é um estímulo, um instrumento para se fazer mais e melhor. Esse estímulo não é só pecuniário, mas é, também, simbólico. As pessoas sentem-se recompensadas pelos esforços despendidos e gratificadas pelo seu reconhecimento público. Para mais informações consulte o site <http://www.scielo.br/pdf/rae/v54n1/a08v54n1.pdf>.

mudanças de práticas de gestão e de atenção ocorram, é fundamental que os trabalhadores sejam capazes de questionar as práticas e as concepções vigentes, problematizá-las e construir novas formas de convivências [...]” (COSTA, 2010, p. 92).

Desta forma, no que diz respeito a se verificar a contribuição desta Residência para a consolidação da cultura de HE, foi necessário buscar o que os participantes da pesquisa empírica pensam sobre as ações dos gestores do ensino que levam ao fortalecimento e disseminação desta modalidade na região amazônica. Isto pressupõe fazer uma análise crítica e reflexiva dos posicionamentos, considerando que o local onde se desenvolve as aulas teórico-práticas desta residência está em processo de recertificação em HE³, no qual deve-se levar em consideração a disseminação da cultura de HE entre os colaboradores.

Ao se perguntar aos residentes se a Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia contribui para a consolidação da cultura de HE na região a partir das decisões tomadas pela Gestão do Ensino, 62% dos residentes pesquisados consideram que contribuem. Veja o gráfico 23 a seguir.

Gráfico 23 - Percepção dos residentes sobre a cultura de HE



Fonte: Galvão (2017, p. 122).

³ Sobre o processo de recertificação do HE conferir Artigo 17, da portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Para mais informações consulte o site: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2015/U_PT-INTERM-MS-MEC-285_240315.pdf

De acordo com Santos (2007), a cultura organizacional desvenda inúmeras dimensões e identifica relações de intersubjetividade e compromisso com o trabalho. Ao se afirmar que esta residência colabora parcialmente, percebeu-se que isto é um reflexo da política organizacional adotada pela empresa, o que revela decisões corporativistas⁴, mas que também abre um leque de possibilidades para a realização do ensino e da pesquisa, visto que propõe uma nova cultura.

Assim, escolheu-se justificativas das falas de RD3, RD5, RD7 e RD12, os quais demonstram em suas respostas as fragilidades relacionadas a cultura do hospital. Em contrapartida, reconhecem que os residentes são omissos diante de tal posicionamento. Da mesma forma, depreendeu-se que a maior dificuldade está relacionada ao olhar capitalista em relação à Residência, mas, de uma forma geral, este processo tem avançado, pois os colaboradores do serviço estão iniciando uma cultura diferente no sentido de passar a enxergar os residentes como profissionais da saúde em formação. Confira:

Pois ela encontra-se fragilizada, bem como a cultura do hospital dificulta a participação do residente como estudante. O hospital possui um olhar capitalista do processo que soma com a fragilidade crítica-filosófica da Residência. Pois o Hospital, ao meu ver, visualiza o sujeito como redução de custos, visando isso, logo ele se abstém da visão da prática associada a pesquisa. Em contrapartida, a residência não critica esse comportamento e não leva o hospital a ter esse raciocínio (RD3, 2016).

O RD3 tocou em um ponto peculiar de toda Instituição Organizacional estruturado no modelo gerencial de administração. Diante disso, é necessário entender que enquanto processo, esta Residência Multiprofissional tem se

⁴ De acordo REIS (2009), o corporativismo trata de um conceito de cidadania cujas raízes se encontram num sistema de estratificação ocupacional, traz em seu bojo a defesa exclusiva dos próprios interesses profissionais por parte de uma categoria funcional. Concernente Chiavenato (2005), o corporativismo provoca resistência a qualquer tipo de mudança veiculada nas organizações.

estabelecido mesmo dentro de um sistema que tem como base a formalização documental burocratizado⁵. De qualquer forma, este residente reconhece pontua a passividade dos estudantes em relação às fragilidades, demonstrando “conformismo” com a situação. Na sequência, verifica-se na fala do RD6 a evolução nesta “conquista” de espaço para a qualidade do ensino em serviço.

Acredito que os profissionais começam a ver a importância da formação de outros profissionais, assim ocorre a comunicação entre os profissionais, gerando a multidisciplinaridade, interdisciplinariedade e interconsultas, visando a melhora do atendimento ao paciente (RD6, 2016).

Acredito que uma Residência Multiprofissional é uma ferramenta que fortalece e consolida a definição de um Hospital de Ensino, já que usa o ambiente hospitalar para o aprendizado e o HRBA está sendo importante nesse contexto. (RD8, 2016).

A medida que novas turmas de residentes entram, a cada ano o programa de residência oferece melhorias na organização do ensino-aprendizagem, teórico-prático. (RD9, 2016).

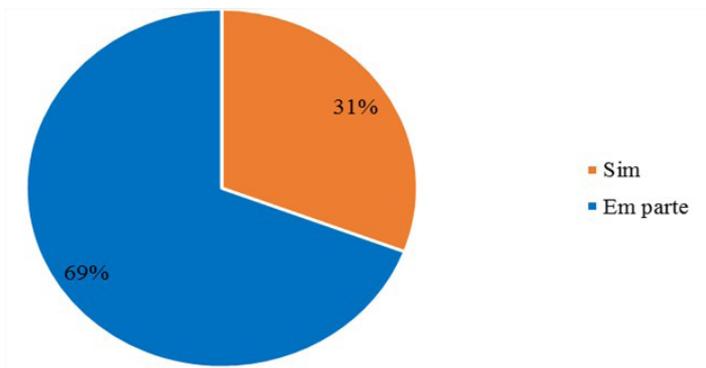
O interessante é que apesar das dificuldades encontradas e expostas pelos Residentes, a residência tem sido conduzida para que o aprendizado ocorra, especialmente, porque quando se discorre sobre mudança de cultura requer um tempo para que as pessoas incorporem os novos valores adotados. Mas, na fala dos pesquisados ficou evidente que a residência é um instrumento que fortalece e consolida a definição de um HE, conforme corroborado pelo RD8.

Esta forma de ver a nova cultura sendo instalada, depende em grande parte como os gestores do ensino tem se posicionado, o que na opinião de

⁵ Chiavenato (2005) é a organização racional por excelência que tem dificuldade de se adaptar às mudanças, utilizando-se da formalização para controlar os funcionários e o funcionamento da instituição.

alguns residentes (69%), levando em conta as contribuições da gestão do ensino para a melhoria desta residência, afirmam que tem colaborado em parte e 31% ratificam que tem cooperado. Confira o gráfico 24, a seguir.

Gráfico 24 - Contribuições da Gestão do Ensino (UEPA/HRBA) para a melhoria da Residência: o olhar dos residentes.



Fonte: Galvão (2017, p. 124).

De acordo com os residentes pesquisados esta posição é justificada, pois a maioria acredita que a gestão do ensino contribui em parte, notadamente

Pela facilidade de comunicação com os residentes, terem uma visão mais humanizada e ampliada sobre a importância dos estudos (PC4, 2016).

A gestão de ensino é aberta a sugestões, busca sempre solucionar problemas. (PC6, 2016).

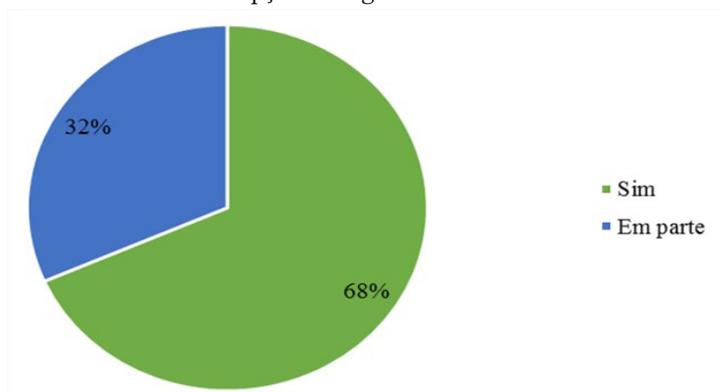
Resolvendo questões burocráticas e incentivando o crescimento do programa através de subsídios aos próprios residentes (PC12, 2016).

Mas, não é só ter facilidade de comunicação, estar abertos às sugestões ou resolver as questões burocráticas. A gestão do ensino para a melhoria do ensino em serviço vai além disso, deve levar em consideração que se trata de uma formação desenvolvida em um ambiente onde cuida-se de outras vidas,

onde tem que desenvolver as atividades teórico-práticas e o trabalho de forma humanizada. Lück (2010) pontua que a lógica da gestão deve ser orientada pelos princípios democráticos, como também caracterizada pela participação consciente e esclarecida dos envolvidos nas decisões.

Assim, para se ter uma visão ampliada desta formação, a partir do desenho de como está sendo executada, 68% dos egressos afirmam que existe uma contribuição efetiva para a consolidação da cultura de HE, conforme o gráfico 25, a seguir.

Gráfico 25 - Percepção dos egressos sobre a cultura de HE.



Fonte: Galvão (2017, p. 125).

Diante do exposto, observa-se que a Residência Multiprofissional em Saúde, por meio das ações desenvolvidas pelos gestores do ensino tem estado a serviço da busca contínua de melhorias, corroborando o que Santos (2007, p.230) enfatiza, ao afirmar que “[...] o conceito de cultura organizacional pretende unir as ações de saúde ao imaginário das pessoas”, pois a cultura é decorrente de como as pessoas veem o serviço, se apoia assim, nos valores adotados pelos colaboradores da instituição de saúde executante da Residência, a qual torna-se corresponsável pela a formação continuada de profissionais da saúde.

Concernente aos egressos, o que os levam a afirmar em sua maioria, que esta Residência contribui, diz respeito, segundo a fala de três dos pesquisados:

Sim. Ainda com todos os percalços, se vê que os colaboradores estão mais habituados a esta nova realidade. Interação de forma positiva e contribuem, ainda que indiretamente com a formação do residente (EG10, 2016).

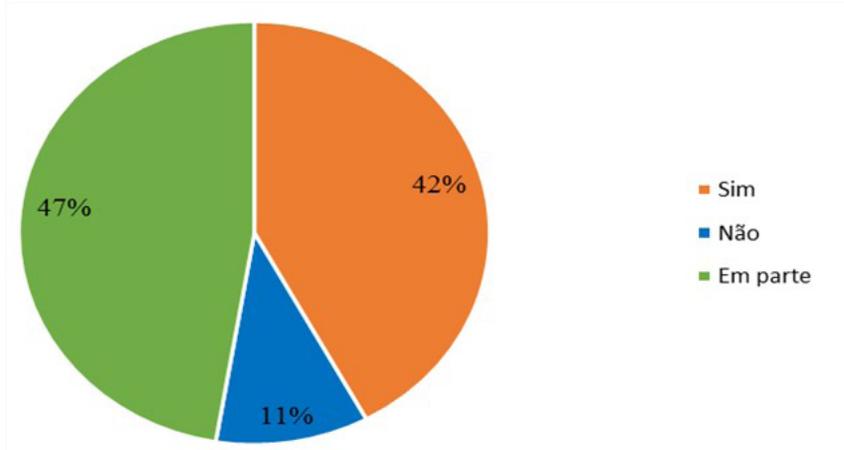
Creio que a cultura do HE ainda esta muito distante da adequada, entretanto a residencia certamente é o primeiro tijolo em uma grande construção (EG11, 2016)).

Em parte, pois ainda precisa-se funcionar essa visão em prática e não só em titulação. Acho que isso deve-se pelo fato da residência multiprofissional ser um programa relativamente novo em processo de consolidação, mas que tem tudo para crescer (EG18, 2016).

O reconhecimento de que a cultura de HE, a partir da Residência Multiprofissional é um processo em construção, mas que precisa de ajustes, é válido e expressivo no sentido de fomentar aos gestores do ensino uma visão diferenciada do ensino em serviço e do residente em formação, proporcionando à toda a Instituição Executante uma metodologia que possa esclarecer a função do HE na região, bem como quais são os benefícios ao se promover a formação destes profissionais da saúde especializados para a Amazônia.

Nesse sentido, 47% dos egressos afirmam que a gestão do ensino coopera parcialmente para a melhoria da residência, sendo que 42% concordam que esta contribuição é efetiva e apenas 11% dizem não trazer nenhuma contribuição ao seu processo formativo, conforme o gráfico 26.

Gráfico 26 - Contribuições da Gestão do Ensino (UEPA/HRBA) para a melhoria da Residência: o olhar dos Egressos



Fonte: Galvão (2017, p. 126).

Ao se pensar a Residência Multiprofissional em Saúde para a região, de acordo com o GE1 ela foi implantada a partir do interesse das duas instituições (HRBA/UEPA) e esse *link* de cooperação entre as duas instituições sempre tendeu a se fortalecer cada vez mais. Partindo dessa iniciativa, já foram formadas duas turmas que concluíram esta residência no ano de 2014 e 2015, os quais tem propriedade em dizer que

Não se pode desvalorizar as tentativas da gestão em melhorar a qualidade do programa. Mas para ensinar é necessário conhecimento teórico na área. Enquanto não houver mudanças na escolha de preceptores (que são os profissionais que estão no dia a dia e que deveriam repassar o conhecimento em ortopedia e traumatologia), o programa não funcionará plenamente. Por exemplo, um preceptor especialista em Saúde da Família repassará com conhecimento preciso e vivência para um residente de Saúde da Família, porém se for colocado pra preceptorar um residente em área hospitalar, tal eficácia e eficiência no ensinar não será tão presente. Desta forma, respondo a questão sobre a gestão de ensino para qualidade

do programa como parcial em seu desempenho, necessitando de uma reflexão mais aprofundada sobre os objetivos do programa, suas competências no gerenciar, diálogo contínuo com coordenação, tutores, preceptores, docentes sobre o caminhar do programa e implementações para melhoria significativa do mesmo (EG1, 2016).

Observei a ocorrência de dificuldades de comunicação entre ambas que dificultaram bastante meu processo de ensino, assim como o pouco incentivo a pesquisa gerada pela gestão (EG12, 2016).

De acordo os Gestores do Ensino (GE1 e GE2), a residência surgiu de uma necessidade da região em formar especialista na área. Mas não é só ter a Residência, é preciso disponibilizar estrutura em todos os seguimentos para que a formação continuada em serviço ocorra efetivamente. Nesse sentido, a reflexão é necessária e urgente por parte de todos, tanto gestores do ensino, formadores como também residentes, especialmente porque uma reflexão fundamental sobre os atos educativos só se tornará útil na medida em que mostrar os primeiros passos a serem trilhados na superação das contradições que ela mesma coloca em evidência (GADOTTI, 2004).

Ao conhecer o posicionamento do grupo de residentes, bem como, dos egressos em relação a esta temática, de igual forma fez-se relevante ouvir os formadores, dentre os quais os tutores afirmam em 100% dos participantes que a Residência contribui significativamente. Três tutores corroboram afirmando que as atuações dos gestores do ensino cooperam para a melhoria da Residência, e, conseqüentemente, para a consolidação da cultura de HE na região, especialmente porque:

A responsabilidade compartilhada facilita a organização da Residência. Há ainda falhas, como a necessidade que o HRBA também assume, nos eixos

específicos, a formação teórica dos residentes, o que foi estabelecido pela COREMU (TT2, 2016).

As residências são essenciais para o HE, mas devido dificuldades dos técnicos em compreender o processo de preceptoria ainda não há uma contribuição efetiva. Há a necessidade de maior conscientização dos técnicos da mudança de perfil de um profissional que atua em um HE (TT3).

Ampliando e melhorando o diálogo entre as partes e na busca pela capacitação, ampliação do número de profissionais e parcerias entre o hospital e as instituições de ensino (TT4, 2016).

Estes tutores legitimam que a Residência é essencial para a consolidação da cultura de HE na região. Todos afirmam ainda que as contribuições da gestão do ensino têm sido basilares para a melhoria da Residência Multiprofissional.

Os tutores concordam que a gestão do ensino tem função importante, primordialmente em direcionar o funcionamento da Residência. Mas, para que os acontecimentos ocorram em consonância com a política institucional da executante, é extremamente importante que tenham consciência que

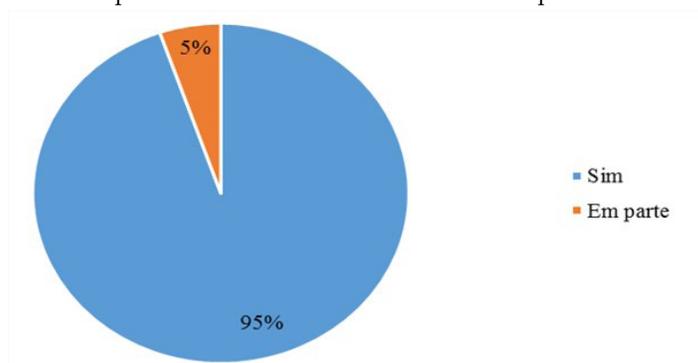
A noção ampla de gestão em saúde engloba componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e também a construção e desenho de intervenções viáveis e eficazes. A natureza ético-política da gestão em saúde deve examinar a ação e a comunicação entre sujeitos/organizações/instituições para identificar interações, racionalidades e subjetividades, em seus conflitos e entendimentos (JUNQUEIRA; FRUTUOSO E SILVA, 2013 *apud* CAPOZZOLO; CASETTO e HENZ, 2013, p. 232).

Dentro dessa perspectiva, na qual a gestão do ensino tem que assumir posicionamento para que a cultura de HE seja realmente fortalecida, levando

em consideração todos os cuidados que a natureza ético-política da gestão em saúde, a mesma deve buscar alternativas para que o ensino em serviço se dê a partir de uma gestão do ensino democrática, que visualize os conflitos existentes e proponha diálogos no sentido de alcançar um resultado que seja bom para a Residência, mas que respeite as peculiaridades institucionais existentes.

Seguindo esta linha de raciocínio, ao se questionar aos preceptores sobre esta temática, 95% concordaram que a Residência tem contribuído para que a cultura de HE seja fortalecida. Confira o gráfico 27, a seguir.

Gráfico 27 - Contribuição da Residência Multiprofissional para a cultura de HE na visão dos Preceptores



Fonte: Galvão (2017, p. 128).

Este nível de compreensão dos preceptores é justificado pelos seguintes posicionamentos:

Observo que a residência multiprofissional está se fortalecendo e se consolidando, devido o compromisso das Instituições envolvidas no processo e dos alunos que procuram sua qualificação profissional (PC2, 2016).

O programa de residência multiprofissional é a maior e mais concreta ação já desenvolvida, no sentido de estruturar seu compromisso com o ensino (PC9, 2016).

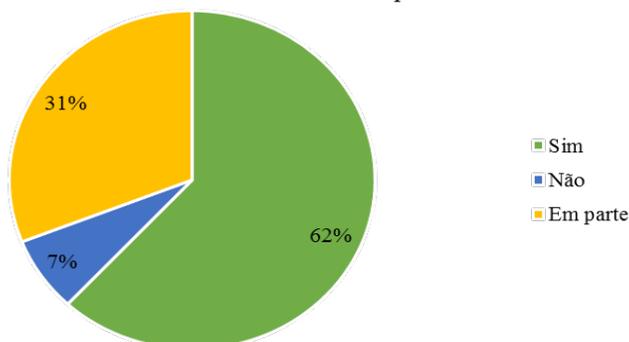
Estamos amadurecendo o processo de ensinar e crescendo junto com a residência. Capacitamos melhor um público que estará no mercado de trabalho amanhã numa região extremamente carente de bons profissionais (PC26, 2016).

Contribui de forma significativa para este processo, pois o aluno do programa de Residência Multiprofissional poderá aplicar os conhecimentos adquiridos durante a formação através do desenvolvimento de trabalhos científicos relacionados à própria vivência profissional na instituição, assim como projetos de pesquisa para a melhoria de determinado processo da área de atuação (PC35, 2016).

A partir desta compreensão depreendeu-se que a Residência Multiprofissional tem colaborado para a construção do ensino em serviço. No posicionamento dos preceptores observou-se que o processo de ensino tem tido uma aceitabilidade em larga escala, porém se reconhece que as estruturas física e financeira têm que ser melhoradas, bem como as relações estabelecidas entre formadores e formadores e entre residentes e formadores.

Nesse sentido, 62% dos preceptores participantes deste estudo afirmam que a gestão do ensino tem se esforçado para a melhoria da Residência, no entanto, diante desse número verificou-se que ações efetivas necessitam serem tomadas para que a mudança de cultura seja propagada e adotada por todos os profissionais da saúde. Confira o gráfico 28, a seguir.

Gráfico 28 - Contribuições da Gestão do Ensino (UEPA/HRBA) para a melhoria da Residência: Preceptores



Fonte: Galvão (2017, p. 129).

Para esclarecer estes pensamentos os preceptores afirmam que a gestão do ensino vem

Possibilitando aos residentes colocar em prática tudo aquilo que aprendem durante a formação sem a necessidade de buscar outros locais para sua formação, assim colaborando e compreendendo a realidade e os problemas da população local (PC1, 2016).

Na minha opinião a gestão de ensino de ambas as instituições têm trabalhado de forma conjunta, estando sempre atuante no que diz respeito aos residentes, as atividades que eles estão realizando, na busca de campo (PC3, 2016).

Buscando cada vez mais qualidade e organização para melhorar o programa de residência multiprofissional (PC7).

Em parte. Verifico que falta maior interação para o planejamento e condução da Residência (PC10, 2016).

Em parte. Vejo o HRBA se empenhar muito para melhoria, mas nem tanto da parte da UEPA (PC16, 2016).

É de grande valia o serviço que é prestado pela gestão de ensino, conseguindo direcionar os alunos para um melhor aprendizado (PC30).

Existe uma conexão com a gestão sim; na verdade a dificuldade está na operacionalização da dinâmica com os preceptores (PC41, 2016).

É fundamental que a Gestão do Ensino desenvolva ações junto aos preceptores, tutores e docentes, que os façam entender e aproveitar as experiências vivenciadas e observadas nos serviços assistenciais durante as aulas práticas, que sirva como momento pedagógico, para refletir sobre a prática do cuidado que ali é produzida, concretizando melhorias na formação do residente, pois a Residência Multiprofissional é uma realidade no oeste do Pará e necessita que todos os envolvidos tenham responsabilidade e compromisso com o processo de ensino e aprendizagem (ALBUQUERQUE *et al*, 2007).

Assim, os docentes (100%) enquanto formadores e participantes do processo formativo na região Amazônica, afirmam que esta Residência tem contribuído para a cultura de HE, pois se oportuniza a formação multiprofissional a partir de visões diferenciadas dos profissionais nos estudos de casos clínicos. De acordo com os docentes isto é reflexo de uma atuação efetiva da gestão do ensino no processo de aprendizagem, visto que:

A Residência Multiprofissional incentiva seus profissionais a serem receptivos tanto com discentes da graduação como residentes. (DC1, 2016)

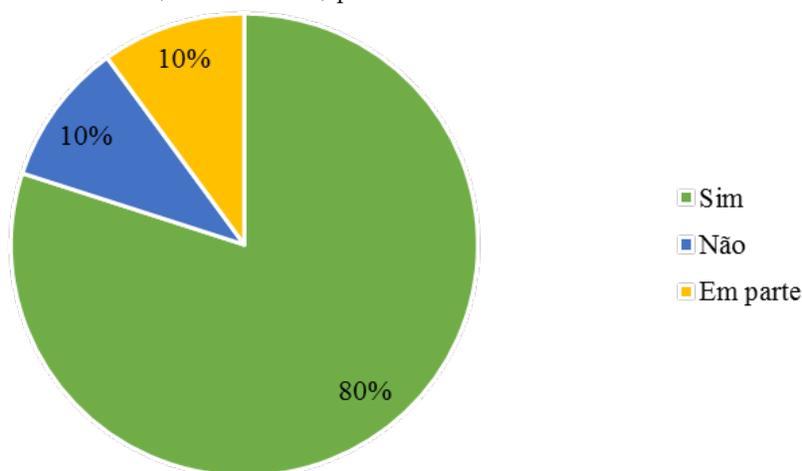
A integração da equipe multiprofissional em diversos papéis e experiências tem fortalecido e com certeza consolidado a cultura não somente local de hospital ensino como também regional (DC6, 2016).

Sim, visto que os alunos residentes atuam em equipe multiprofissional e realizam suas habilidades e competências com realização de ensino, pesquisa e extensão (DC8).

Contribuindo para formação de futuros profissionais (DC12, 2016).

Estas ações são ratificadas na ilustração 29 abaixo, em que 80% dos docentes concordam que a Gestão do ensino está no caminho certo para a melhoria da Residência na região, mas identificou-se diante desse resultado que algumas melhorias ainda precisam ser realizadas, visto que “[...] a formação dos profissionais de saúde deve visar ao desenvolvimento das competências necessárias à ação educativa [...]” (LEITE; PRADO; PERES, 2010, p.20).

Gráfico 29 - Percepção dos docentes sobre as contribuições da Gestão do Ensino (UEPA/HRBA) para a melhoria da Residência



Fonte: Galvão (2017, p. 131).

Diante deste contexto, verificou-se que a Gestão do Ensino tem sido preponderante para o funcionamento da Residência, o que é denotado por meio de ações que promovem informações necessárias aos profissionais. Na opinião dos docentes, isto tem ocorrido com a gestão

Capacitando os profissionais e dando oportunidade aos profissionais a se especializarem, promovendo uma troca de experiência, bem como, provendo oportunidade para os profissionais da região a se especializarem sem

sair do local de origem. Melhorando a formação e o serviço em saúde (DC3, 2016).

Quando busca organização na ministração dos módulos (DC4, 2016).

Percebo interesse na melhoria da residência, apoio ao docente e organização em suas atividades (DC5, 2016).

Percebo uma atuação comprometida com a qualidade da formação acadêmica, sempre integrando com a gestão de ensino UEPA (DC6, 2016).

Quando se trabalha com foco na excelência, de forma coletiva e avaliando as ações, acredito que as dificuldades são mediadas de forma a proporcionar potencialidades (DC8, 2016).

Observou-se a partir destas falas que esta cultura tem sido propagada na Instituição Executora e tem se conquistado um espaço relevante para a evolução da Residência Multiprofissional, o que subjaz refletir sobre a efetividade da gestão do ensino na resolução de problemas. Desta maneira, os GE1 e GE2 corroboram no que se refere a contribuição da Gestão do Ensino para a cultura de HE com o seguinte posicionamento:

Não só a Multi, acho que, podemos falar que é uma das situações que contribuem, mas não só, porque se a gente for analisar de forma mais objetiva [...] a residência multi é um ponto favorável, porque ela, pelo perfil do seu projeto e as exigências que tem em cima da sua organização como o projeto pedagógico, favorece que tenha um link pedagógico mais evidente, esse link pedagógico tende a fortalecer essa interação, com o preceptor, do professor, do seu tutor interagindo um pouco mais (GE 1).

Com certeza, acho que não só no hospital regional, mas no hospital municipal também, eu acho que é o início e a

presença da residência no hospital regional, a presença da residência hospital municipal, ela acaba quebrando aquela rotina técnica ou puramente técnica, o próprio profissional, o próprio preceptor quando ele é demandado do ponto de vista teórico ou técnico ele busca, acaba buscando mais pra poder está discutindo determinadas situações com o residente que tá ali buscando conhecimento, o residente acaba tendo mais tempo sempre pra buscar conhecimento, mas eu acho que a presença do residente acaba promovendo um desconforto saudável pro preceptor, pros professores, pra que eles fiquem, busquem o tempo todo se atualizar e trazer um pouco da qualidade técnica que eles têm e aprender também com o próprio residente e vice-versa (GE2).

Diante desse panorama, pode-se afirmar que ter uma residência multiprofissional na região amazônica significa um ganho para a saúde da população, mas especialmente para a formação dos profissionais da saúde. É a construção do ensino em serviço que desbrava o cotidiano destes profissionais no sentido de buscar melhorias assistenciais. Tratar o ensino em serviço em sua grandeza formativa é reconhecer o valor dos profissionais que dedicam seu tempo em função da produção do conhecimento científico.

Para tanto, no sentido de almejar melhorias para esta residência e consolidação da cultura de HE na região, foi necessário ouvir as expectativas do GE3, que diante das especificidades da residência estudada, pontua o que é necessário para dar continuidade às atividades de gestão para uma residência fortalecida.

Desde o início a Residência tem sido um grande desafio, não só os problemas que foram surgindo inicialmente, mas porque eu não tinha uma vivência relacionada a ortopedia e trauma, conheço os profissionais da área, mas não tinha atuado diretamente. Eu tenho especialização em gestão pública, então a parte gerencial é algo que já convivo. Ao iniciar na Residência a minha

expectativa era de tentar me aproximar mais dos residentes, conhecer as potencialidades e fragilidades e focar na resolução das fragilidades, para que a gente pudesse fazer um serviço realmente de referência na região (GE3, 2016).

Como todo processo de construção do ensino, esta residência enfrenta fragilidades que necessitam de um olhar aprofundado, visto que se deve realizar um trabalho coletivo e integrado entre estudantes, docentes, preceptores e gestores de saúde, no qual possa-se oferecer qualidade à formação, tanto para residentes quanto aos trabalhadores do serviço na instituição executora. Ainda de acordo com o GE3, ao fazer uma avaliação da conjuntura atual da Residência, diz que

Fazendo a avaliação da Residência como um todo, como todo serviço que se inicia tem vários problemas, porque está se estruturando o serviço ainda, e a residência tem uma peculiaridade ainda maior, apesar de ela ser da UEPA, não temos profissionais direcionados para atuar com esses residentes tanto na docência quanto na preceptoria e acaba que temos que contar muito com a colaboração dos profissionais em receber esses nossos alunos. Esta é uma das fragilidades que a gente tem tentado trabalhar, mas que ainda oferece dificuldade para que a residência funcione corretamente. De certa forma a residência tem se segurado, continuado porque tem profissionais muito bons, profissionais que realmente abraçaram a causa, tem professores que estão desde o início e estão se fortalecendo ainda mais nesse processo. De uma forma geral, temos um bom panorama de seguimento para o futuro. As fragilidades têm que se trabalhar com elas, ganhar mais espaços, fortalecer entre os residentes uma consciência maior para a atuação ética, comprometimento nos serviços. A tendência é melhorar (GE3, 2016).

Diante dessas considerações do GE3, da discussão estabelecida anteriormente, pode-se assegurar que a Residência Multiprofissional, a partir das decisões tomadas pelos gestores do ensino e das ações efetivadas por toda a equipe participante, tem contribuído para que a cultura do HE seja consolidada.

Embora se encontre fragilidades, isto faz parte do processo de construção, especialmente, por esta Residência está em seu quarto ano de vigência. É uma nova modalidade de ensino em Santarém que traz um leque de possibilidades para uma formação em serviço melhorado e para a profissionalização de profissionais da saúde especialistas, permitindo que estes se apropriem do conhecimento necessário à sua formação sem evadir para os grandes centros.

A gestão do ensino tem um papel fundamental nesse processo, pois é quem pode garantir estrutura física e recursos humanos adequados para o funcionamento desta Residência junto aos parceiros da formação dos profissionais, os quais são considerados como executores. Quanto a esses executores da residência, faz-se premente que tenham uma visão holística do processo de formação em serviço, visualizar o residente como profissional da saúde em aprendizagem.

Para tanto, é relevante que se faça a gestão da cultura organizacional, pois, esta constitui-se em fundamental dimensão de trabalho da gestão do ensino, tendo em vista que os gestores precisam dedicar demasiada e contínua atenção no modo coletivo de ser e de fazer o ensino em serviço (LÜCK, 2011), o que inclui propor ações efetivas tanto para a melhoria da residência com o desenvolvimento das atividades teórico-práticas, como a disseminação da cultura de Hospital Ensino nos estabelecimentos que são parceiros na execução da Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

Uma ferramenta que pode ser utilizado pela gestão da formação em serviço é o Projeto Político Pedagógico – PPP- da Residência Multiprofissional

em Saúde, pois este documento é a base para a estruturação dos cursos e demonstra a proposta para a efetivação do processo educativo. Vejamos a seguir a seção que trata deste assunto a partir da visão dos participantes da pesquisa.

4.2 Projeto político pedagógico - PPP: uma proposta para o ensino em serviço

O projeto político pedagógico (PPP) é o documento essencial para que o curso seja bem estruturado, é considerado elemento fundamental na construção do processo de ensino e aprendizagem. O PPP traz em seu bojo um compromisso sociopolítico, é a expressão de um projeto político e cultural, que partindo da realidade de ensino, numa perspectiva de mudança por meio da intervenção pedagógica, pressupõe uma retomada de consciência acerca das contradições existentes no ambiente educativo (MOREIRA, 2002).

Pode-se proferir que a proposta pedagógica é um desafio diante das recorrentes transformações sociais. Para tanto, é necessário que além de convir para organizar o trabalho pedagógico da instituição, sirva para subsidiar a construção de um pensamento reflexivo em relação ao ensino em serviço.

Veiga (2007, p.25) ao tratar da construção do PPP e das estruturas pedagógicas, corrobora afirmando que “[...] Nas estruturas pedagógicas incluem-se todos os setores necessários ao desenvolvimento do trabalho pedagógico”. Isto requer pensar um PPP que analise a estrutura organizacional e as relações estabelecidas a fim de romper com a dicotômica dissociação entre teoria e prática.

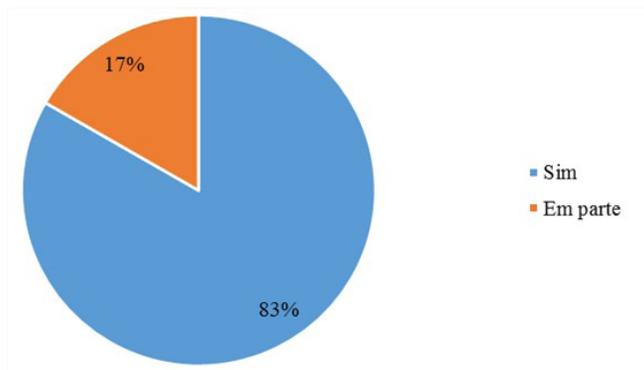
Desta forma, em análise ao PPP da Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, o qual foi aprovado em 2012, verificou-se em seus itens de composição uma caracterização geral do programa, sendo organizado da seguinte forma: Identificação do programa de Residência Multiprofissional; Descritivo da estrutura hospitalar; Esboço da Rede de atenção à Saúde local; cenários de prática da Residência; Justificativa; Caracterização do Programa; Objetivos; PPP; Matriz Curricular; Metodologias

de Ensino; Semana padrão; Descrição de Preceptores/Tutores e Docentes do programa; Metodologia de Avaliação; Parcerias; Núcleo Docente Assistencial estruturante; Infraestrutura do Programa; Perfil do egresso; Processo seletivo; Certificação do registro e controle acadêmico (UEPA, 2012).

Pela estrutura delineada, este documento, que é considerado o PPP do programa da Residência, se apresenta de forma concisa, demonstrando uma visão ampliada das atividades a serem desenvolvidas, sem, contudo, evidenciar o perfil de residentes multiprofissionais em Ortopedia e Traumatologia que se deseja formar, embora apresente o perfil do egresso e as habilidades que cada área deve adquirir no decorrer do curso, sendo que, a parte específica de formação está apresentada de forma generalizada.

Durante a realização da pesquisa empírica, ao se perguntar aos participantes sobre a sua participação na construção do PPP, depreendeu-se que houve 83% de participação dos Tutores (ver gráfico 30).

Gráfico 30 - Participação dos Tutores na formulação do PPP.



Fonte: Galvão (2017, p. 89).

Concernente Paroneto e Borges (2010, p. 19),

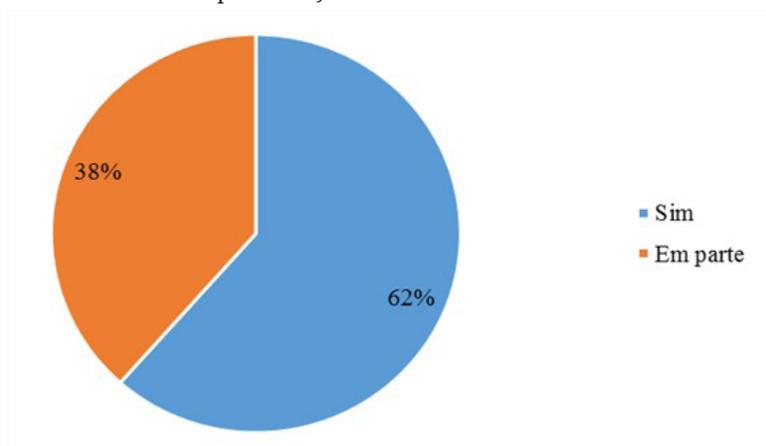
[...] o projeto político pedagógico orienta o processo de mudança, direcionando o futuro pela explicitação de princípios, diretrizes e propostas de ação para melhor organizar, sistematizar e dar significado às atividades

desenvolvidas [...]. Além do mais, a sua dimensão político-pedagógica pressupõe uma construção coletiva e participativa que envolve ativamente os diversos segmentos [...].

Assim, o PPP deve ser pensado coletivamente, para isso os profissionais envolvidos no desenvolvimento do ensino em serviço devem romper paradigmas e construir uma proposta pautada no compromisso social e político, favorecendo a prática de um pensamento que possibilite um ensino voltado para a criação e recriação do conhecimento, sublimando o planejamento participativo e responsável, imbuído de uma assistência humanizada.

No que se refere aos residentes, constatou-se que estes não contribuíram com a elaboração do PPP, uma vez que suas participações ocorreram posteriores a aprovação deste documento. Embora não tenha tido a participação efetiva de todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, ao se perguntar aos residentes se a formação que estão adquirindo contribui para a atuação no SUS, a maioria respondeu que sim, conforme o gráfico 31.

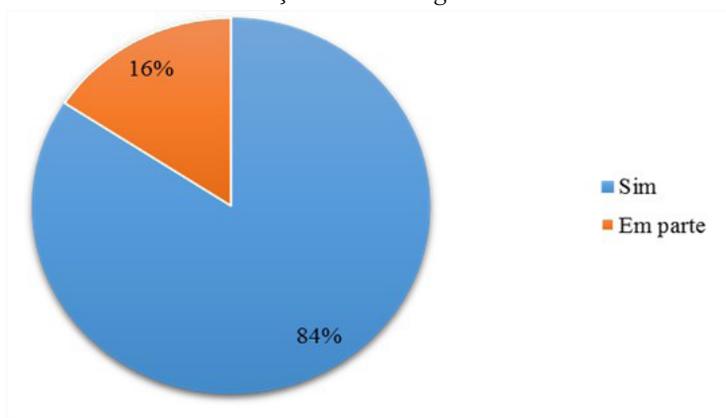
Gráfico 31 - Contribuição da Residência Multiprofissional para atuação no SUS: Residentes



Fonte: Galvão (2017, p. 90).

Realizado o mesmo questionamento aos egressos, mais de 80% reconhecem que a formação na Residência Multiprofissional colaborou para atuação no SUS. Isto demonstra, na percepção dos pesquisados, que o ensino em serviço no HE, da forma como se apresenta, mesmo com as lacunas expostas no PPP durante o planejamento, tem fomentado um espaço para o desenvolvimento das atividades educativas adequadas para que se tenham profissionais capacitados para atuarem na rede SUS (ver gráfico 32).

Gráfico 32 - Contribuição da Residência Multiprofissional para atuação no SUS: Egressos

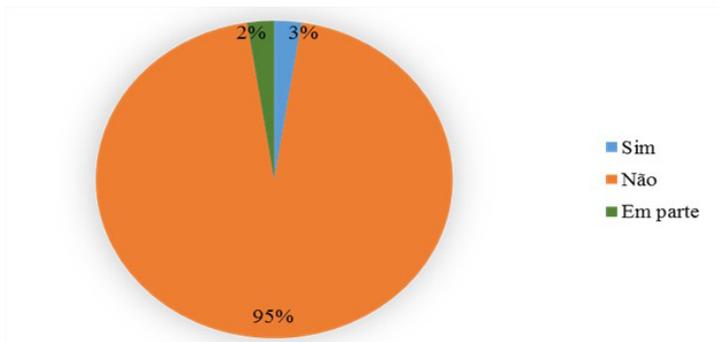


Fonte: Galvão (2017, p. 91).

De qualquer maneira, mesmo tendo um reconhecimento de que o PPP desta Residência serviu como base para o ensino desenvolvido no HE, é imperativo que se reconstrua e reformule o PPP partindo da premissa que “[...] a legitimidade de um projeto político-pedagógico está devidamente ligada ao grau e ao tipo de participação de todos os envolvidos com o processo educativo [...] o que requer continuidade de ações” (VEIGA, 2003, p. 14).

Nesse sentido, o gráfico 33 a seguir demonstra uma participação irrisória dos preceptores, os quais ao serem perguntados se compartilharam da formulação do PPP desta residência, 95% responderam que não, e 1 participante se absteve de responder o questionário proposto.

Gráfico 33 - Participação dos Preceptores na formulação do PPP

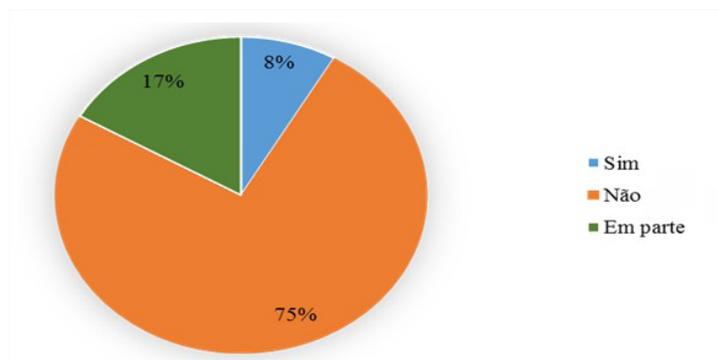


Fonte: Galvão (2017, p. 91).

Faz-se relevante corroborar que na construção do PPP é indispensável a participação coletiva dos segmentos que dão formatação ao ensino. Como diz Veiga (2003), é necessária uma reflexão profunda sobre as finalidades das instituições educativas, o qual aglutinará crenças, convicções, apontando um novo rumo, uma nova identidade, permitindo uma relação horizontal entre os atores envolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

Da mesma forma, os docentes ao serem consultados sobre esta temática, a maioria afirmou que não participaram da construção do PPP, conforme o gráfico 34, a seguir.

Gráfico 34 - Participação dos Docentes na formulação do PPP



Fonte: Galvão (2017, p. 92).

De acordo com Veiga (2007), o PPP vai além de um simples agrupamento de planos e outras atividades, não é algo construído para ser arquivado ou encaminhado a quem interessar como forma de comprovação do cumprimento das tarefas burocráticas. Este documento deve ser planejado, construído e vivenciado por todos aqueles que fazem parte do processo educativo, delineando assim, a identidade da instituição ou do curso.

Até o momento presenciou-se os posicionamentos dos docentes, preceptores, residentes e tutores. De igual maneira, fez-se importante também conhecer qual a participação dos gestores do ensino na construção do PPP. Nesse sentido, ao perguntá-los sobre a construção do PPP e de quem foi a iniciativa de sua elaboração, o GE2 reconhece que não teve participação direta, pois à época a Residência Multiprofissional estava sobre a gestão de outra pessoa. Quanto ao GE1, participou efetivamente, mas como representação da UEPA e não do HRBA, conforme descrito nos fragmentos de falas subsequentes:

Como eu não participei diretamente do processo, eu não tenho nem como afirmar qualquer coisa sobre isso (GE2, 2016).

A iniciativa foi da Secretaria Estadual e a Universidade do Estado, então, os gestores da SESP e UEPA vieram ao Hospital Regional junto ao Diretor e fizeram a proposta de inserção da Residência Multiprofissional, [...] foram profissionais da UEPA e do Hospital Regional, que fizeram parte *a priori* de está elaborando este projeto. Na época eu não era o gestor ainda, eu estava como UEPA na elaboração do projeto, não tinha ainda a Diretoria de Ensino e Pesquisa. Na implantação da Residência, aí sim eu já estava como gestor, já tinha a Diretoria formada e a participação em si da Diretoria e como Diretor foi na implantação na alocação desses residentes quando ingressaram (GE1, 2016).

Nesse sentido, constatou-se neste PPP lacunas que são decorrentes de sua própria construção. Assim, durante a observação participante, o GE1 afirmou que uma das falhas encontradas na construção do PPP da Residência refere-se ao não atendimento à proposta de atendimento na “Atenção Integral” para a formação dos residentes; em uma avaliação rápida do PPP da Residência Multiprofissional, reconheceu que existe uma falha grave, pois deve-se refazer a proposta do título/área de formação que está denominada como Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, não tendo como atender a proposta em vigência, visto que não se consegue inserir toda equipe no município. De acordo o GE1, a sugestão deveria ser para Residência Multiprofissional em Saúde em Média e Alta Complexidade em Ortopedia e Traumatologia.

Ao se repensar o PPP da Residência em questão, é fundamental que o reconstruam a partir de uma concepção que contemple valores democráticos, visto que

O projeto político-pedagógico, ao se constituir em processo democrático de decisões, preocupa-se em instaurar uma forma de organização do trabalho pedagógico que supere conflitos, buscando eliminar as relações competitivas, corporativas e autoritárias, rompendo com a rotina do mando impessoal e racionalização da burocracia que permeia as relações [...] (VEIGA, 2007, p.13).

O PPP não deve ser uma proposta estática, mas uma proposta que parta da realidade vigente, que possa situar a sociedade sobre a relevância de inovações no contexto educativo do ensino em serviço, caracterizando um ensino alicerçado e inspirado em princípios democráticos.

O Artigo 5º, inciso V da Resolução CNRMS nº 2 de 13.04.2012 esclarece que “o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (CNRMS Nº 2, 2012, p. 3).

Diante disso, o que se observou é a vigência de uma concepção equivocada da concepção de PPP, pois este tem características de um Projeto de Curso, visto que demonstra uma visão geral de como a Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia está estruturada e não o que é proposto como partes constituintes do PPP⁶. Na realidade, depreende-se que o PPP está como parte deste documento, fez-se um esboço dentro do Projeto da Residência.

⁶ Para conhecimento, de acordo Neves *apud* Veiga (Org.) (2007) a construção do PPP supõe as etapas tradicionais de um planejamento, as quais abrangem: Análise da situação; Definição dos objetivos; escolhas das estratégias; estabelecimento do cronograma e definição dos espaços necessários; coordenação entre os diferentes profissionais envolvidos; implementação; acompanhamento e avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Gestão do Ensino na Residência Multiprofissional em Saúde serve como prerrogativa para se discutir as mudanças e melhorias do ensino em serviço na Amazônia paraense. Para tanto, faz-se relevante ter atenção às transformações que vêm ocorrendo no SUS, especialmente, porque tem-se que reconhecer a influência da parceria existente na atual conjuntura entre o público e o privado.

Desta forma, os resultados deste estudo que tem como problema norteador refletir como está sendo desenvolvida a gestão do ensino no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no HRBA/Santarém para consolidação de uma cultura de Hospital Ensino (HE) na região amazônica, demonstram que esta temática necessita de uma visão diferenciada, pois se trata de uma modalidade de ensino que enfrenta vários desafios para que seja desenvolvida com a qualidade que lhe é exigida.

Os desafios podem ser provenientes da forma como a Residência foi pensada e implementada. Tendo como parâmetro a Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012, ela é um programa que tem como princípio a formação continuada de profissionais da saúde para o SUS, e só isto já justifica que a gestão do ensino deva primar por uma gestão democrática, conforme descrito na LDBEN 9394/96.

A Residência Multiprofissional faz parte do ensino público e é executada em uma instituição que tem uma gestão privada, o que implica em se pensar um ensino que respeite as normas vigentes, mas que funcione como elemento de reflexão do ensino em serviço para a melhoria da qualidade da assistência e para uma formação profissional humanizada e crítica.

Enquanto conclusão do estudo apresentado neste livro, pode-se afirmar que a gestão do ensino na Residência Multiprofissional em Saúde tem

cumprido o seu papel e tem fomentado reflexões em torno da constituição do ensino em serviço, em vias de contribuir com a consolidação de um HE na Amazônia, oportunizando aos profissionais da saúde uma experiência diferenciada, unindo assistência e formação acadêmica.

Neste processo, depreende-se que a gestão da formação em serviço no Programa de Residência Multiprofissional na Amazônia paraense precisa assumir a função de esclarecedora de uma “práxis” que rompe com um sistema de gestão burocratizada, necessitando de um posicionamento para que esta formação continuada sirva como mecanismo de superação das desigualdades sociais e econômicas, colaborando para que os princípios e diretrizes do SUS sejam respeitados em todas as suas esferas.

Reconhece-se que a gestão do ensino no Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia desenvolvida no HRBA/Santarém é uma ferramenta importante para a consolidação de uma cultura de Hospital de Ensino na região Amazônica. No entanto, vale ressaltar que as ações de ensino precisam ser efetivas, lembrando que a sua construção é processual e como processo ocorre ao longo do desenrolar das atividades, a partir de uma reflexão crítica.

Observou-se também que os profissionais que fazem parte desta Residência têm uma concepção de Residência Multiprofissional em Saúde e de HE fragilizada, carecendo de ser esclarecida. O que pode vir a acontecer com a oferta de uma formação pedagógica, pois, trata-se de uma pós-graduação que tem um perfil de residentes jovens, os quais ensinam ter um ensino que forneça subsídios necessários para desempenharem suas atividades na área fim.

Esta formação almejada pelos residentes ocorrerá se houver investimentos por parte da instituição Proponente, mas também da instituição Executora, com vistas a uma capacitação dos preceptores, tutores e docentes, visto que muitos ainda não dispõem de uma formação específica para atuar na área de Ortopedia e Traumatologia, o que requer envolvimento efetivo das instituições envolvidas neste processo.

Além disso, constatou-se que o HE demonstrou ter compromisso com o ensino em serviço, na medida em que a instituição de saúde se colocou à disposição de atender a legislação que certifica o hospital em uma instituição de ensino, pois, o mesmo deve fornecer a estrutura necessária para que as atividades teórico-práticas sejam desenvolvidas com excelência.

Nesse sentido, às práticas pedagógicas e ações de formação da Gestão do Ensino (HRBA/UEPA) para o fortalecimento de uma cultura de HE na região necessita fomentar uma visão do processo de ensino em serviço como uma oportunidade de fornecer à Amazônia paraense profissionais da saúde especialistas, objetivando minimizar as lacunas existentes desses profissionais com uma formação específica.

Diante deste contexto, a Educação na Saúde, complementada pela Educação em Saúde, disponibiliza instrumentos para que a gestão do ensino busque desenvolver ações nas quais existam uma correlação entre formadores, residentes e gestores. Especialmente no que se refere à função a ser desempenhada durante a preceptoria em campo de prática, melhorando assim o próprio processo formativo.

Verificou-se diante da pesquisa realizada *in loco* que o Programa de Residência Multiprofissional estudado tem contribuído para a formação dos residentes, mas esta Residência precisa melhorar, adotando práticas de gestão que venha a propor uma atuação profissional alicerçada em um ensino voltado para atenção humanizada, que formem pessoas que sejam preocupadas tanto com a prática do cuidado, como também possam ser cidadãos conscientes da transformação da realidade do SUS, primordialmente, por se tratar da realidade Amazônica, que ainda é desprovida de recursos em relação aos grandes centros econômicos.

Tratar o residente como profissional estudante é essencial para que o ensino teórico-prático seja concretizado. Isto é fundamental para que a cultura de HE realmente seja consolidada e se fortaleça com a continuidade do ensino e da pesquisa, pois a disseminação do conhecimento é condição *sine qua non*

para uma formação que reconheça as fragilidades como pontos para a melhoria do processo de ensino e de aprendizagem.

Ainda neste viés, com a construção de um ensino em serviço a partir de uma gestão que fomente um SUS ativo, a cultura de HE torna-se essencial para que o processo educativo tome novos direcionamentos. Nesse interstício, é imprescindível que a relação interinstitucional entre as instituições responsáveis por esta formação continuada seja coerente com as atitudes, decisões e ações para uma Residência em saúde que esteja preocupada com a formação dos profissionais estudantes.

Nesse sentido, recomendações e sugestões são anunciadas após a análise da realidade estudada para que a formação continuada em serviço possa ser melhorada. A partir de um contexto de gestão hierárquica, acredita-se que, por meio de algumas ações estratégicas, possa tornar-se uma gestão mais democrática, dentre as quais, destacam-se: 1) Reestruturação do PPP do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia estudado, elencando o perfil de Residente Multiprofissional da área específica à qual se propõe formar; 2) Promoção de curso de formação pedagógica aos preceptores; 3) Criação de uma política de formação continuada para os profissionais envolvidos com o ensino e a pesquisa no HE; 4) Proposição de uma bolsa docência aos preceptores pelo exercício do ensino em serviço; 5) Articulação junto aos formadores para promover melhorias efetivas para o Programa analisado; e, 6) Incentivo à realização de pesquisas científicas envolvendo residentes, formadores e gestores do ensino no HE, criando uma cultura acadêmico-científica.

Este livro apresenta um estudo que não se esgota nessas breves linhas, mas que serve como base para a realização de outras pesquisas que podem ser delineadas, levando em conta temáticas identificadas também como fundamentais no âmbito da educação em saúde: precarização do trabalho docente no SUS; o ensino em serviço na relação público-privado; a formação multiprofissional sem o profissional médico; a Assistência Hospitalar a partir da integração ensino-serviço-comunidade.

Se faz necessário levar em consideração alguns aspectos considerados fundamentais, dentre eles, conscientizar as pessoas que atuam na Instituição Executora sobre a residência, promovendo uma visão ampla para o SUS, compreender a necessidade da assistência multiprofissional com o olhar para a existência de profissões diferentes. Concernente ao estudo empírico, observou-se que ainda se prioriza o profissional médico como sendo “*único*” profissional de saúde preparado para atuar.

Para o crescimento da Residência e consolidação da cultura de HE é essencial que se esclareça a relevância da atuação multiprofissional no SUS, contribuindo assim para uma assistência de qualidade e um ensino que seja pautado no trabalho em conjunto.

Para que isto ocorra efetivamente, a gestão do ensino precisa ampliar as parcerias em algumas áreas ofertadas para melhor distribuição dos residentes, além de estabelecer um vínculo com os formadores, quer sejam por meio de reuniões e atividades integradas entre os docentes, tutores e preceptores, bem como residentes e mesmo os egressos que necessitam continuar se atualizando nessa sociedade do conhecimento e da aprendizagem, tendo a formação continuada numa perspectiva de formação permanente.

Desta forma, o processo formativo a partir de uma gestão democrática participativa converge para a concretização de um ensino pautado nos princípios e nas diretrizes da integralidade, da atenção e da intersetorialidade do SUS. No entanto, é imperativo que o profissional da saúde seja proativo, com uma comunicação efetiva, na qual as relações interpessoais e o atendimento ao público se deem sem interferências para a concretização dos estudos teórico-práticos. Além desses quesitos, a integração ensino-serviço-comunidade se faz relevante e urgente, porquanto a formação em serviço apresenta uma perspectiva de formação prática para o profissional da saúde, na qual o ato educativo seja congado a estruturação do cuidado à saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia é uma realidade e o HRBA e a UEPA devem

unir esforços para que a cultura de HE possa contagiar não só os formadores (Docentes, Tutores e Preceptores), gestores, residentes ou egressos, mas a todos que estão ligados a ela direta e/ou indiretamente, pois, além de formar profissionais da saúde, esta residência forma pessoas que cuidarão de pessoas e não somente da doença, as quais precisam disponibilizar de um atendimento integral, humanizado e de qualidade à sociedade.

Enfim, este estudo serviu para realizar um processo de auto reflexão sobre a prática dos envolvidos e progresso no atendimento da qualidade da formação desses residentes, visto que a certificação de HE configurou-se em elemento necessário para que houvesse o processo de modificação da cultura organizacional e institucional, a qual permite perfilhar um caminho indispensável a formação em serviço e contribui com a edificação do ensino humanizado e da aprendizagem continuada de profissionais estudantes dos cursos de Saúde na Amazônia brasileira.

REFERÊNCIAS

ARNAL, Justo; RINCÓN, Délio del; LATORRE, Antonio. **Investigación educativa: fundamentos y metodologías**. 1. Ed. Barcelona: Editorial Labor, 1992.

ALBUQUERQUE *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *In. Revista Brasileira de Educação Médica*. p. 356–362, 2008.

BATISTA, Nildo Alves. A educação interprofissional na formação em saúde. *In* CAPOZZOLO, Aparecida. CASETTO, Sidnei José. HENZ, Alexandre de Oliveira. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BARATA, Luiz Alberto Barradas. MENDES, José Dínio Vaz. BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde**. RAS. Vol. 12, Nº 46, Jan-Mar, 2010. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>>. Acesso em: 01/05/2016.

BARBOSA, Livia. **Meritocracia e sociedade brasileira**. São Paulo. V. 54, n. 1, jan-fev. 2014, p. 80-85 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v54n1/a08v54n1.pdf>>. Acesso em: 01/11/2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção primeiros passos; 20).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1998)**. 48 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série textos básicos; nº 119).

BRASIL. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - **Lei 9394 de 20 de dezembro de 2006**. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 13).

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

BRASIL. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 15 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - **CNRMS Nº 2 DE 13 de Abril de 2012**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%3%20Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article> Acesso em: 10 de agosto de 2014.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.214, de 30 de maio de 2014. Certifica 8 (oito) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1214_30_05_2014.html>. Acesso em: 02 de junho de 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_285.pdf>. Acesso em: 20/12/2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 3.390, de 3 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 07/02/2016.

BRASILEIRO, Tânia Suely Azevedo. **La formacion superior de magistério:** uma experiência piloto en la Amazonía Brasileña. Tese de Doutorado. 914 p. Universidade Rovira i Vigil, Espanha, 2002.

CARVALHO FILHO, Josué José de. **A formação docente na Amazônia Ocidental:** uma análise desde o estágio curricular supervisionado em

educação física na UNIR. Dissertação de Mestrado. 163 p. Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, 2015.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20%20c1rea%20da.pdf>. Acesso em: 30/08/2015.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**. 2ª ed. Salvador: Secretaria de cultura, Fundação Pedro Calmon, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2. ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2005.

COLARES, Anselmo Alencar; GOMES, Marco Antonio de Oliveira; COLARES, Maria Lília Imbiriba Sousa. A temática da diversidade na sala de aula: reflexões sobre as histórias e as culturas afro-brasileiras e indígenas. *In*: COLARES, Anselmo Alencar *et al.* **Colóquios Temáticos em Educação: Direitos Humanos e Práticas Pedagógicas**. Canoas: Editora da ULBRA, 2012.

CORREA, Paulo Sérgio Almeida. Educação superior e diversificação da morfologia institucional. *In*: CORREA, Paulo Sérgio Almeida (Org.). **A educação, o currículo e a formação de professores**. Belém: Edufpa, 2006.

COSTA, Cristina Rodrigues da. Educação permanente em saúde. *In*. MIRANDA, Sonia Maria Rezende Camargo de. MALAGUTTI, Willian (*orgs*). **Educação em Saúde**. São Paulo: Phorte, 2010.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, no. 4, de 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em: 01/11/2016.

FALKENBERG, Mirian Benites. **Educação em saúde e educação na saúde:** conceitos e implicações para a saúde coletiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 10/12/2015.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>>. Acesso em: 03/04/2016.

FERREIRA, Naura Syria Carapeto. Repensando e ressignificando a gestão democrática da educação na “cultura globalizada”. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 89, p. 1227-1249, Set./Dez. 2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 03/03/2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA; Silvia Regina. OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino *In*. Fajardo, Ananyr Porto. ROCHA, Cristianne Maria Famer. PASINI, Vera Lúcia. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf>>. Acesso em: 02/10/2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da Liberdade**. 31ª ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008

GADOTTI, Moacir. **Pedagogia da Práxis**. 4ª ed. – São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2004.

GALVÃO, Claudiléia Pereira. **A Gestão do ensino na residência multiprofissional em saúde no HRBA/Santarém**: contribuições para a consolidação da cultura de hospital ensino na Amazônia. Santarém, PA. 2017. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa. Disponível em: http://www.ufopa.edu.br/ppge/images/dissertacoes/turma_2015/clauidileia_pereira_galvao.pdf

GALVÃO-BUCHI, Claudiléia Pereira. BRASILEIRO, Tania Suely Azevedo. O Ensino em serviço no SUS - reflexões normativas legais e contribuições para a Formação profissional na saúde. **Revista EDUCAmazônia - Educação Sociedade e Meio Ambiente**. Humaitá. Ano 13, Vol XXIV, Núm 1, Jan-Jun, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/educamazonia/article/view/7676>.

GALVÃO-BUCHI, Claudiléia Pereira. BRASILEIRO, Tania Suely Azevedo. Gestão do ensino na saúde: formação inicial na relação interinstitucional Universidade – Hospital de Ensino. *In* COLARES, Maria Imbiriba Sousa. BRITTO, Percival Lima (orgs). **Pesquisas em educação na Amazônia**: percurso formativo. Santarém, PA. Rosivan Diagramação e Artes gráficas. 2021. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/media/file/site/ufopa/documentos/2021/a72b7c6ef8a0816cfcfcb90dec952e22.pdf>.

GUAZELLI, Maria Elisabete. PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Considerações Teóricas e uma aproximação às estratégias metodológicas em Educação em Saúde com base na promoção. *In*. PELICIONE, Maria Cecília Focesi. MIALHE, Fábio Luiz. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012.

HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ
DR. WALDEMAR PENNA – HRBA. **Manual de Ensino e Pesquisa**.
Santarém, Pará, 2015.

HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR.
WALDEMAR PENNA – HRBA. **Projeto Institucional - DEP**. Santarém,
Pará, 2013.

HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR.
WALDEMAR PENNA – HRBA. **Manual de Gestão**. M.HRBA.DIR.001.
Santarém. Versão 5. 2016.

JUNQUEIRA, Virginia. FRUTUOSO, Maria Fernanda. SILVA, Carlos
Roberto de Castro e. Os (des) compassos entre a universidade e os serviços
de saúde. *In*: CAPOZZOLO, Aparecida. CASETTO, Sidnei José. HENZ,
Alexandre de Oliveira. **Clínica comum**: itinerários de uma formação em
saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANKSHEAR, Colin. KNOBEL, Michele. **Pesquisa pedagógica**: do
projeto à implementação. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LEITE, Maria Madalena Januário; PRADO, Cláudia; PERES, Heloísa
Helena Ciqueto. **Educação em Saúde**: desafios para uma prática
inovadora. 1 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010. (Série
educação em saúde).

LÜCK, Heloísa. **Gestão educacional**: uma questão paradigmática. 7. ed.
Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. Série Cadernos de Gestão. Vol. I.

LÜCK, Heloísa. **Gestão da cultura e do clima organizacional da escola**. 2.
ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. Série Cadernos de Gestão. Vol. V.

MERHY, Emerson Elias. FEUEWERKER, Laura Camargo macruz.

Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. *In.* MANDARINDO, Ana cristina de S. GALLO, Edmundo. GOMBERG, Estélio (Orgs). **Informar e educar em saúde**: análises e experiências. Salvador: EDUFBA, Editora Fiocruz, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2005.

MITRE, S. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, supl. 2, 2008. Acesso em: 14/09/2014.

MORENO, Lêda Virginia Alves. **Educação e Saúde**: a dignidade humana como fundamento da prática docente em ambiência hospitalar. 1 ed. Curitiba. Appris, 2015.

MOURA, Aby Jaine da Cruz Montes *et al.* Motivação e Comprometimento: Fatores que contribuem para um efetivo processo ensino- aprendizagem na Residência Médica. **Cadernos da ABEM** - Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. 9 (outubro, 2013). Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013. Disponível em: <www.abem-educmed.org.br/pdf/cadernos_vol_8.pdf> Acesso em: 15/02/2014.

MOREIRA, A. F. (Org.) **Currículo**: políticas e práticas. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2002.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PALMEIRA, Alba Mirindiba Bomfim. MATTOS, Priscila de. PETERS, Luísa Moura. **O que é hospital de ensino?** Cartilha. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/Grupo técnico Central de Hospitais de Ensino, 2012. Disponível em: <<http://dominioprovisorio.tempsite.ws/fepecs2011/>>

PARO, Vitor Henrique. **Administração Escolar**: introdução crítica. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PARONETO, Glaura Moraes. BORGES, Maria Célia. O projeto Político-pedagógico. *In*. CHAVES, Fátima Garcia *et. Al*. **Organização Escolar**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e seus pactos pela saúde. *In*: **Módulo Político Gestor**. São Paulo: UNA-SUS/ UNIFESP, 2012. Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>.

REIS, Fábio Wanderley. Cidadania democrática, corporativismo e política social no Brasil. pp. 359-386. ISBN: 978-85-99662- 79-3. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo. Áurea Editora, 2009. Disponível em: <<http://>

peessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/ documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 30/05/2016.

SANTOS, Ednei dos. O olhar holístico na educação superior. *In*. MIRANDA, Sonia Maria Rezende Camargo de. MALAGUTTI, Willian (orgs). **Educação em Saúde**. São Paulo: Phorte, 2010.

SANTOS, Sérgio Ribeiro. Cultura nas instituições de Saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enferm**. Abr/Jun, 2007. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/7690/6730> Acesso em: 25/10/2016.

RODRIGUES, Neidson. **Da mistificação da escola à escola necessária**. 11. Ed. São Paulo: Cortez, 2003

SENHORAS, Elói Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS** – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/879/1523>>. Acesso em: 25/07/2016.

SILVA, Rozeli Porto; SANTOS, Ângela Rocha dos Santos. A gestão democrática e o papel do gestor na construção de um ensino de qualidade. *In* COLARES, Maria Lília Imbiriba Sousa; XIMENES-ROCHA, Solange Helena; COLARES, Anselmo Alencar (Orgs). **Gestão democrática e o projeto político pedagógico**. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2015.

UNIVERSIDADE DEFEDERAL DO PARÁ-UFOPA. **Edital nº 005/2014** –PPGE/Ufopa. Disponível em:< <http://www.ufopa.edu.br/ppge/images/ppge/2014/editais/Edital005.2014-PPGE-MestradoAcademicoemEducaoAnoletivo2015.pdf>>. Acesso em: 20/11/2014.

VÁZQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da Práxis**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. (Tradução de Luiz Fernando Cardoso, 4ª edição, impresso no Brasil em 1990).

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **A prática pedagógica do professor de didática**. 13ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2011.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.). **Projeto político-pedagógico da escola**: uma construção possível. Campinas, SP: Papirus, 23ª ed. 2007 (Coleção Magistério e Trabalho Pedagógico).

VEIGA, Ilma P. Alencastro. RESENDE, L. M. G. (Orgs). **Escola**: Espaço do projeto político-pedagógico. Campinas, São Paulo: Papirus, 2003.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.). **Formação Médica e aprendizagem baseada em problemas**. Campinas, SP: Papirus, 2015.

ZAINKO, Maria Amélia Sabbag; PINTO, Maria Lúcia Accioly Teixeira. **Gestão da instituição de ensino e ação docente**. Curitiba: Ibpex, 2008.

ZOMBINI, Edson Vanderlei; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança durante a hospitalização. *In*. PELICIONI, Maria Cecília Focesi. MIALHE, Fábio Luiz. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012.

SOBRE AS AUTORAS



CLAUDILÉIA PEREIRA GALVÃO BUCHI

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia - PGEDA - Associação Plena em Rede (Educanorte), polo Santarém/UFOPA. Mestra pelo Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Educação - Mestrado Acadêmico em Educação, da Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA (2017). Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês - IEP/HSL (2014). Pós-graduada em Planejamento, Implementação e Gestão de EAD, pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2013). Especialização em Gestão e Docência na Educação Superior pelas Faculdades Integradas do Tapajós - FIT (2009). Licenciada em Pedagogia pela Universidade Federal do Tocantins - UFT (2005). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa PRÁXIS UFOPA/CNPq. Coordenadora de Ensino e Pesquisa e membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HRBA) pela Pró Saúde ABASH (Hospital

Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna desde 2013).
Exerciu docência no Ensino Superior como Professora Titular I no Centro
Universitário UNAMA Santarém (Cursos de Pedagogia e Enfermagem) de
2018 a 2020. Pedagoga da Rede Municipal de Ensino de Santarém/PA (2021)
pela Portaria nº. 036/2021 - GAP/PMS. Membro da Comissão de Residência
Multiprofissional da UFOPA (COREMU) Portaria nº 16/2020 - ISCO, de
26 de novembro de 2020. E-mail: cpgalvao@hotmail.com. CV: <http://lattes.cnpq.br/7117551827514594>.



TANIA SUELY AZEVEDO BRASILEIRO

Professora titular da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), lotada no Instituto de Ciências da Educação (ICED). Pós-doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (IP/USP), com estágio junto a Cátedra Vigostky da Universidade de Havana/Cuba (2009). Doutorado em Educação pela Universidad Rovira i Virgili, Espanha (URV-ES, 2002), título revalidado pela FE/USP. Mestrado em Pedagogia do Movimento Humano (UGF/RJ, 1992). Mestrado em Tecnologias Educacionais (URV-ES, 2001). Especialista em Medicina Desportiva e Biociências do Esporte (UFJF, 1980), em Didática do Ensino Superior (UGF, 1985) e em Administração dos Serviços de Saúde (UNAERP/SP, 1994). Licenciada em Educação Física, Recreação e Jogos (UFJF, 1978), Psicóloga (UNIR, 1997) e Pedagoga (FIAR, 2004). Docente do quadro permanente do Doutorado Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND) e do Mestrado Acadêmico em Educação

(PPGE) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), além do Doutorado em Educação na Amazônia (PGEDA) - Associação Plena em Rede (EDUCANORTE), assumindo a Coordenação do Polo Santarém/UFOPA (2020-2021). Atuou Coordenadora do PPGE da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) (2009-2011), do PPGE UFOPA (2013-2015) e da Licenciatura em Informática Educacional (LIE) (gestão 2019-2021) da UFOPA. É membro pesquisadora da REDE INTER-REGIONAL N-NECO SOBREDOCÊNCIA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR - RIDES e assumiu sua presidência durante a gestão 2012-2015. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa PRAXIS UFOPA/CNPq. Possui experiências como docente e gestora desde a educação infantil até a educação superior (graduação e pós-graduação stricto sensu), com orientações concluídas de IC, TCC, especialização, mestrado e doutorado, além de supervisora de pós-doutorados. Pesquisa e publica em áreas diversas, com ênfase em Educação e Psicologia, destaque para as temáticas: Educação Superior, Política e Gestão Educacional, Formação de Professores, Tecnologias Educacionais, Currículo e Educação para a Sustentabilidade, além de estudiosa do pensamento de Paulo Freire. E-mail: brasileirotonia@gmail.com. CV: <http://lattes.cnpq.br/7125374751055075>.

