



## ANÁLISE SOBRE A FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA EM SAÚDE TENDO COMO COTEJO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Carla Mousinho Ferreira Lucena<sup>1</sup>

### Resumo

O estudo teve por objetivo investigar de que modo se deu a formação profissional por intermédio da Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Lauro Wanderley, a partir da concepção dos preceptores e tutores do Programa. Identificou-se que não houve número suficiente de preceptores para garantir o acompanhamento de todos os residentes, quanto a divisão de preceptores e tutores por ênfase a diferença também foi acentuada e identificou-se o não treinamento de 44,5% da amostra. Entretanto, houve o entendimento por parte de 61,10% da amostra de que, apesar de tais informações, houve uma importante contribuição no processo de formação dos residentes.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional; Trabalho em Saúde; Pós-graduação em Saúde.

### Abstract

The study aimed to investigate how the training took place through the Multidisciplinary Internship at University Hospital Lauro Wanderley, from the design of preceptors and mentors Program. It was identified that there was enough preceptors to ensure the monitoring of all residents, and the division of preceptors and mentors for emphasizing the difference was also marked and identified the untrained 44.5% of the sample. However, there was an understanding by 61.10% of the sample that, although such information was an important contribution to the process of training of residents.

**Keywords:** Multidisciplinary Internship; Work in Health; Postgraduate Health.

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós- Graduação. Universidade Federal da Paraíba ( UFPB). E-mail: carlamousi@hotmail.com



## 1. INTRODUÇÃO

Embora desde 1948 o conceito de saúde tenha sido ampliado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em detrimento de sua concepção como mera ausência de doença, passando, portanto, a ser concebida como o bem-estar completo, físico, mental e social (REIS *et. al*, 2004), os processos de trabalho em saúde ainda são perpassados pela lógica do modelo médico-hegemônico caracterizado pela distribuição do trabalho assistencial dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico a qual resulta em uma redução do usuário à patologia que apresenta.

Diante da constatação da insuficiência do atual modelo hegemônico de produção de saúde, pressupõe-se a necessidade de novas concepções de conhecimento, aliadas a sistemas terapêuticos substitutivos e mais resolutivos.

Para tanto, entende-se que o trabalho em equipe multiprofissional seja uma importante estratégia para a reorganização dos processos de trabalho em saúde, dentro da abordagem integral e resolutiva, o que exige concomitantemente às mudanças na organização do trabalho, outras no âmbito da formação e qualificação profissional (FERREIRA *et.al*, 2009).

Outrossim, essa perspectiva parte do entendimento de que isoladamente, o núcleo de competência de cada profissional, não é capaz de direcionar uma assistência que contemple todas as necessidades apresentadas pelo usuário.

Todavia, ultrapassar o âmbito singular e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes onde cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (LOCH-NECKER, 2009).

Para este fim, foi proposta a Política de Formação de Recursos Humanos para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003). Em junho de 2005, a Lei Federal nº 11.129 cria a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A



regulamentação pela Portaria nº 2.117, de novembro de 2005, institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e acena para um avanço na formação de profissionais com perfil para atuar no SUS (BRASIL, 2007).

Essa estratégia parte do entendimento de que, quando a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se ameniza. Sendo assim, é preciso investir na formação dos sujeitos inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem (ALBUQUERQUE, *et.al*, 2007).

Desta forma o presente trabalho tem por objetivo investigar de que modo se deu a formação profissional por intermédio da Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

## **2. A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITALAR – RIMUSH NO HULW**

Atualmente, o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), pertencente à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), autarquia vinculada ao Ministério da Educação, é o pioneiro no estado em oferecer a modalidade de Residência Multiprofissional. Este nosocômio serve de cenário de práticas para estudantes de graduação de diversos cursos da área de saúde, além de outros cursos de áreas afins, oferecendo ainda as especializações *Lato-Sensu* em Residência Médica e, como já mencionado, em Residência Multiprofissional (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, 2008).

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) deu início às suas atividades em abril de 2010. O projeto que orientou a construção da Rimush foi fruto da construção coletiva dos trabalhadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e das Secretarias Municipal de Saúde de João Pessoa e Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

O Programa consiste numa modalidade de Pós-Graduação *lato sensu*, com a



carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, implicando no quantitativo total de 5.760 horas distribuídas no período de dois anos, sendo 80% da carga horária destinada à realização de atividades práticas e 20% de atividades teóricas. A Rimush subdivide-se em três ênfases de saber e práticas, sejam elas: Atenção ao Paciente Crítico, Atenção à Saúde Cardiovascular do Adulto e Atenção à Saúde do Idoso. As atividades práticas e teóricas foram realizadas de acordo com as propostas de especialização específicas por ênfase.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa quali-quantitativa de natureza exploratória (Gil, 2008), cujo universo amostral foi composto por todos os preceptores e tutores que fazem ou que fizeram parte do Programa, por no mínimo um ano, configurando uma amostra intencional. Deste modo, dos 20 profissionais integrados ao Programa, obteve-se uma amostra de 98%, a partir da participação de 18 (dezoito) sujeitos.

Como instrumento para coleta dos dados secundários, foram utilizadas: a pesquisa documental, incluindo o documento oficial do Programa, bem como a pesquisa bibliográfica que orientou a elaboração do instrumento para obtenção dos dados primários, os quais foram obtidos mediante aplicação de um questionário estruturado, com questões objetivas e subjetivas.

A discussão dos dados se deu por intermédio da análise crítico-reflexiva dos fragmentos dos depoimentos coletados à luz do campo teórico concernente.

### **4. RESULTADOS**

Com relação aos entrevistados, obteve-se uma amostra composta de 77% pelo sexo feminino e 22% do sexo masculino, com faixa etária variante de 29 a 56 anos. Destes, 55% apresentaram o tempo de formação acadêmica superior a 20 (vinte) anos, tendo 27,5% apresentado entre 10 a 20 anos e 16% entre 5 a 10 anos. Além disso, 89% possuíam título de especialista enquanto 44,6% o título de mestre. A função de preceptor foi apresentada por 89% da amostra e a de tutor por 11%.



De acordo com o art. 11º da Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS nº 2 de 13.04.2012, a função de tutor é caracterizada 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. Desta forma, cabe ao tutor a função de integrar os conceitos advindos do ensino e da prática profissional. Além disso, o tutor tem a função de mediar e garantir a integração entre as unidades acadêmicas e os serviços envolvidos nos programas de residência.

No art. 13º da resolução, observa-se que a função de preceptor é caracterizada pela supervisão direta 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. O parágrafo 1º ressalta que o preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

A tabela abaixo trata da classificação dos entrevistados de acordo com o núcleo profissional.

**Tabela 1** – Distribuição dos protagonistas da pesquisa por núcleo profissional. João Pessoa – Paraíba, 2012.

<b>Núcleo profissional</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Enfermagem</b>	9	50
<b>Farmácia</b>	4	22,3
<b>Fisioterapia</b>	1	5,5
<b>Nutrição</b>	2	11,1
<b>Serviço Social</b>	2	11,1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados Primários



A tabela acima possibilita a observação de que houve certa discrepância em relação à quantidade de profissionais por núcleo. No processo seletivo para ingresso na Residência foram oferecidas 18 (dezoito) vagas, sendo 6 (seis) delas para profissionais da enfermagem e 3 (três) para as demais categorias profissionais. As informações contidas na Tabela 1 asseveram que não há um número suficiente de preceptores para garantir o acompanhamento de todos os residentes, o que pode implicar em um importante agravante para o processo de formação dos mesmos, tendo em vista o fato de a Residência ser um projeto pioneiro e de os profissionais das clínicas ainda não terem o real entendimento de suas propostas. Além de tal informação ir de encontro ao que é defendido na Resolução.

Quando se trata da divisão de preceptores e tutores por ênfase, essa diferença proporcional também foi acentuada. Observou-se que a ênfase cardiovascular contou com 50% destes profissionais, enquanto que os outros 50% foram distribuídos entre as ênfases de Atenção ao paciente Crítico e Atenção a Saúde do Idoso.

Também foi possível verificar que 55,5% dos entrevistados participaram de processo de capacitação. Esse processo se deu em dois momentos: I Curso Introdutório para Residência Multiprofissional, com carga horária de 48 horas, realizado no período de 1º de outubro a 19 de novembro de 2008; I Oficina de Formação de Preceptores da Residência Integrada Multiprofissional em saúde Hospitalar, com carga horária de 8 horas, realizada no dia 26 de março de 2010.

O conteúdo programático consistiu em: Políticas de Saúde; Metodologia da Problematização; Aprendizagem baseada em Problemas; Tutoria e Seção Tutorial; Preceptoria na Residência Multiprofissional; Desafios para as Residências (subsídios para o debate em grupo); dentre outros. Essas oficinas foram direcionadas aos profissionais envolvidos no processo de construção da RIMUSH.

Destaca-se que a participação nos cursos de capacitação foi um requisito para a inserção de profissionais nas funções de preceptor e de tutor, entretanto, com a significativa evasão de profissionais envolvidos com a Residência, houve certa flexibilidade, o que explica o percentual de 44,5% de nossa amostra que não participou de nenhum processo de capacitação. Não obstante este percentual também reflete um dado positivo, pois mesmo não estando envolvidos no processo de construção, 44,5% da



amostra “abraçou” as propostas do Programa, contribuindo para sua efetivação. Entretanto, mesmo havendo o reconhecimento da importância da Rimush, este dado também pode implicar em grandes dificuldades, já que o conhecimento limitado do Programa pode implicar em dificuldades na condução de suas propostas.

Os módulos teóricos foram desenvolvidos sob a forma de reuniões de preceptoria, seminários integradores e sessões tutoriais. As reuniões de preceptoria foram realizadas por ênfase e consistiam em estratégias que rotineiramente subsidiavam as discussões do grupo, nestes momentos eram trazidas discussões referentes às experiências vivenciadas nos campos de práticas, eram realizadas apresentações de artigos científicos, além disso, eram dados os encaminhamentos necessários ao desenvolvimento das atividades na Residência. Os seminários integradores objetivavam a integração das experiências dos participantes por meio da problematização das atividades práticas dos residentes nos serviços de saúde, esses momentos contavam com a integração das três ênfases. As sessões tutoriais contavam com discussões de casos hipotéticos e/ou casos experienciados pelos residentes, no intuito de instigar debates em torno do reconhecimento do problema e na elaboração de propostas de solução e intervenção.

É importante ressaltar que os seminários integradores e as sessões tutoriais foram realizados apenas durante o primeiro ano. Além disso, em outros momentos o grupo contou com a exposição de aulas que abordavam temas de relevância solicitados pelas residentes, bem como com a participação de profissionais que integravam serviços de saúde da atenção média e básica a fim de propiciar o conhecimento da rede assistencial e favorecer a intersectorialidade.

Entretanto, mesmo com as dificuldades enfrentadas pelos sujeitos partícipes do Programa, houve o entendimento por parte de 61,10% da amostra de que, apesar de as propostas não terem sido oferecidas em sua totalidade, houve uma importante contribuição no processo de construção de competências e habilidades, implicando em acúmulo de experiência para os residentes.

Verificou-se que as dificuldades em oferecer oportunidades também foram associadas à fragilidades encontradas na estrutura organizacional do Programa. Estas dificuldades foram acentuadas na ênfase Atenção à Saúde Cardiovascular do Adulto que



apresentou como agravante o declínio da cirurgia cardíaca na cidade de João Pessoa, no ano de 2010.

Referente à concordância dos pesquisados sobre o fato da Residência ter contribuído com a formação crítica dos residentes, foi possível observar o reconhecimento de que houve uma importante contribuição da Residência no processo de formação dos residentes. Esta informação pôde ser visualizada 89% dos discursos. Em muitos depoimentos essa contribuição foi associada ao fato de “conseguir superar as dificuldades”. O que representa um ponto consideravelmente positivo, haja vista a Residência ter sido desenvolvida para atuar a partir de fragilidades existentes no processo de trabalho em saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou ainda para o fato de que há um considerável quantitativo da amostra que não apresentou a participação nos cursos preparatórios para desempenho de funções na RIMUSH, o que implica em grandes dificuldades para o alcance de suas propostas, já que se trata de um Programa pioneiro com a proposta de empreender práticas ainda pouco visualizadas nos espaços institucionais.

Entende-se que, para que as propostas da Residência possam ser implementadas de modo mais fidedigno, é de suma importância que haja o pleno conhecimento das mesmas, como também das estratégias e da metodologia adotadas para seu alcance, no intuito de viabilizá-las e de tornar mais produtivos os espaços de aprendizagem, assegurando, deste modo, o caráter construtivista que a Residência possui. Para isso faz-se necessário a realização de cursos preparatórios, bem como a elaboração de oficinas de avaliação no intuito de assegurar a potencialização de suas propostas.

Como foi possível observar, apesar do reconhecimento da contribuição para o processo formativo dos residentes, o Programa apresentou grave deficiência no que concerne ao oferecimento dos módulos teóricos, diante disso considera-se indispensável o engajamento de docentes com vistas a contribuir com a qualidade do ensino-aprendizagem, para que a qualidade do ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de um novo perfil profissional sejam garantidos de modo ético e responsável.





## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 32, n. 3, p. 356-362, 2007. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo03.PDF>>. Acesso em: 16 Jan. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed, Série B. Textos Básicos de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_d\\_e\\_referencia\\_e\\_projeto\\_singular.pdf](http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/clinica_ampliada_equipe_d_e_referencia_e_projeto_singular.pdf)>. Acesso em: 27 Jan. 2012

FERREIRA, R.C.; VARGA, C. R. R; SILVA, R. F. da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasil, v.14, set./out, p.1421-1428, 2009. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011684012.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hulw.ufpb.br/node/4>>. Acesso em: 12 jan. 2012

LOCH- NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 supl., p. 1463-1472, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2012

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**.V.13, n.3, p. 36-43, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>> Acesso em: 06 jan. 2012.