



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ – CEARÁ
PROFSAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANDERSON MILFONT FEITOSA DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE**

EUSÉBIO, CEARÁ

2019

ANDERSON MILFONT FEITOSA DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz Ceará, para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.

EUSEBIO, CEARÁ

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48p Oliveira, Anderson Milfont Feitosa de.
Plano de integração ensino-serviço na formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade em Juazeiro do Norte-CE / Anderson Milfont Feitosa de Oliveira. -- 2019.
77 f.

Orientadora: Maria de Fátima Antero Sousa Machado.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz,
Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE -
Pólo FIOCRUZ Ceará, Eusebio-CE, 2019.

1. Serviços de Integração Docente-Assistencial. 2.
Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 3. Internato e
Residência. 4. Medicina de Família e Comunidade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7

ANDERSON MILFONT FEITOSA DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz Ceará, para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Avaliado em: ____/____/____.

Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri - URCA
Orientadora

Profa. Dra. Maria Rosilene Candido Moreira
Universidade Federal do Cariri - UFCA
1o membro

Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - CE
2o membro

Prof. Dr. Maximiliano Loiola de Ponte Souza
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - CE
Membro suplente

EUSEBIO, CEARÁ

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus que não permitiu que eu desistisse e me fortaleceu nos momentos de fraqueza, tornando-me paciente, resiliente e perseverante nesta jornada;

A minha amada esposa Yolanda, que sempre me apoiou e compreendeu os momentos de ausência, tolerando a “quádrupla” jornada de trabalho após o nascimento da nossa caçula Melissa que nasceu durante o curso do mestrado. Junto com Victor (nosso rapazinho) me fizeram companhia nas madrugadas enquanto eu pesquisava e me debruçava com os estudos no escritório;

Aos meus pais Adeleni e Valdeci, meus primeiros mestres, exemplo de servidores públicos da saúde, que dedicaram suas vidas profissionais em prol do bem-estar social;

A minha orientadora, Dra. Fátima Antero, pela paciência com minhas dificuldades em manter os prazos atendidos e pelas horas dedicadas a este estudo para garantia de sua qualidade;

Ao Lucas e a Samyra, amigos que conheci na URCA durante os encontros de orientação, que prestaram parte de seu precioso tempo em contribuir com o delineamento da pesquisa e me acudirem nos momentos mais angustiantes;

Aos professores, gestores e demais colaboradores do Sistema Único de Saúde de Juazeiro do Norte, que prontamente se fizeram disponíveis em contribuir com a pesquisa;

À minha Equipe de Saúde da Família, nossa família fora de casa, em especial as enfermeiras Ana Cristina e Gabriela, minha recepcionista Katy, Rodrigo e minhas ACSs que seguraram a demanda do PSF 11 enquanto estive ausente;

Aos meus alunos e residentes que acreditaram na nossa persistência em prover melhor aperfeiçoamento em ensino na saúde apesar das adversidades do sistema;

Aos meus pacientes, a razão do meu trabalho, que compreenderam minha ausência na unidade nos momentos em que necessitavam da minha presença, para que eu possa me tornar um profissional melhor;

Aos colegas queridos do mestrado, que me apoiaram e caminharam junto comigo e que toparam iniciar essa árdua jornada e apostar no sonho de inovar e não nos acomodar diante as adversidades enfrentadas em nossas jornadas diárias;

À FIOCRUZ, em especial, em nome do prof. Dr. Carlile Lavor, em que diante das adversidades do País protagonizaram junto ao corpo docente do PROFSAÚDE a necessidade de aperfeiçoar a APS, dando esta oportunidade de nos tornar profissionais melhores neste campo.

RESUMO

Recentemente, de 2007 para os anos atuais, a discussão nos ambientes acadêmicos sobre um olhar para formação dos médicos residentes passou a ganhar estrutura e vem desenvolvendo resultados apesar dos inúmeros desafios enfrentados neste processo. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de integração ensino-serviço para a formação na residência médica em Medicina de Família e Comunidade – MFC . Para tanto, adotou-se um estudo do tipo pesquisa-intervenção, realizado em Juazeiro do Norte – CE, com preceptores de um programa de residência médica em MFC já existente, vinculado à uma Instituição de Ensino Superior privada no município e a gestores da secretaria de saúde, sendo os sujeitos do estudo denominados de informantes-chave. Foi adotada, como estratégia para a condução do estudo, uma escuta qualificada junto aos informantes-chave, mediada por uma entrevista semiestruturada para posterior análise das entrevistas. O material advindo do momento com os informantes-chave foi processado no *software* Iramuteq, definindo a nuvem de palavras, que permite identificar a ocorrência de palavras e variáveis comuns a todos os textos com base na análise temática. Os resultados apontaram para quatro categorias, a saber: Campo de prática: vivências de preceptores; Percepção dos preceptores acerca da integração ensino-serviço; Integração ensino serviço: a fala de gestores; Fortalecendo a integração para formação na residência. Os aspectos identificados como importantes para o fortalecimento da integração ensino-serviço para a formação na Residência possibilitaram a elaboração do Plano de Integração Ensino-Serviço para Residência Médica em MFC. Este intenciona contribuir para tornar este processo efetivo no município *locus* do estudo.

Palavras-chave: Integração Docente-Assistencial; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Residência Médica, Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Recently, from 2007 to the present, the discussion in academic environments about the training of resident physicians started to gain structure and has been developing results despite the numerous challenges faced in this process. In this perspective, this study aims to elaborate a proposal of teaching-care integration for medical residency training in Family Medicine. For this, an intervention study was conducted in Juazeiro do Norte - CE with preceptors of a Family Medicine residency program linked to a Private College in the city and managers of the Municipal Health Secretary. The study subjects called key informants. It was adopted as strategy for conducting the study a qualified listening, together with the key informants, mediated by a semi-structured interview for later analysis. The material coming from the moment with the key informants was processed in the Iramuteq software, defining the word cloud, which allows to identify the occurrence of words and variables common to all texts based on the thematic analysis. The results pointed to four categories, namely: Field of practice: experiences of preceptors; Perceptions of preceptors about teaching-care integration; Teaching-care integration: the speech of managers; Strengthening the integration of residency training. The aspects identified as important for the strengthening of the teaching-care integration for the formation in the Residency made possible the elaboration of a Plan of Integration Teaching-Service for Medical Residency in Family Medicine. This intends to contribute to make this process effective in the municipality, locus of the study.

Keywords: Teaching Care Integration, Health Human Resource Training, Internship and Residency, Family Medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACEMFC – Associação Cearense de Medicina de Família e Comunidade

APS – Atenção Primária à Saúde

AMB – Associação Médica Brasileira

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIES – Comissões de Integração Ensino-Serviço

CINAEM – Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico

COAPES – Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde

COREME – Comissão de Residência Médica

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

Estácio-FMJ - Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte

GM – Gabinete do Ministro

IES – Instituições de Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MFC – Medicina de Família e Comunidade

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIES – Plano de Integração Ensino-Serviço

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRM – Programa de Residência Médica

PRMMFC – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

PRÓ-RESIDÊNCIA – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RM – Residência Médica

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SESA - Secretaria Estadual de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMS/JN – Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte

SUS – Sistema Único de Saúde

UFCA – Universidade Federal do Cariri

USF – Unidades de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nuvem de palavras: visão dos preceptores acerca da residência e dos campos de práticas. Juazeiro do Norte, CE, 2018.....	37
Figura 2: Nuvem de palavras: Relação entre ensino-serviço-gestão na perspectiva dos entrevistados. Juazeiro do Norte, CE, 2018.....	42
Figura 3: Plano de fortalecimento da integração ensino-serviço na Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte, CE.....	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualizando e problematizando o estudo	15
1.2	A aproximação do pesquisador com o problema	16
1.3	Apresentação do objeto do estudo	17
2	OBJETIVO	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.3	A formação médica no Brasil e suas transformações	19
3.4	A residência médica	21
3.5	Integração ensino-serviço e seus desafios	22
4	MÉTODO	26
4.1	Tipo de Estudo	26
4.2	Contexto do Estudo	27
4.2.1	O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – Estácio-FMJ	28
4.3	Sujeitos do Estudo	31
4.4	Procedimento para a Coleta de Dados	32
4.5	Relatório da Intervenção: organização e análise do material	33
4.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Campo de prática: vivências de preceptores	36
5.2	Percepção dos preceptores acerca da integração ensino-serviço	40
5.3	Integração ensino-serviço: a fala de gestores	43
5.4	Fortalecendo a integração para formação na residência	47
6	PLANO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM MFC	52
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	67
	APÊNDICE A - ENTREVISTA DIRECIONADA AOS PRECEPTORES	68
	APÊNDICE B - ENTREVISTA DIRECIONADA AOS GESTORES	69
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	72
	ANEXOS	73

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA74

1 INTRODUÇÃO

Frente aos avanços na organização dos modelos de atenção à saúde, no Brasil tem-se investido na efetivação da Estratégia de Saúde da Família – ESF enquanto estratégia para consolidar a Atenção Básica no país, enfrentando desafios e assegurando os preceitos apontados em Alma-Ata no tocante à priorização dos cuidados primários à saúde como norteador do sistema de saúde (OMS, 1978).

Após duas décadas, o Sistema Único de Saúde – SUS ainda busca a implementação dos princípios de universalidade de acesso, integralidade, descentralização político-administrativa, participação popular, regionalização e hierarquização de rede de serviços. Além disso, vivencia-se um processo de incorporação de novas tecnologias, acréscimo de gastos em saúde, envelhecimento de sua população e um período de transição epidemiológica, gerando a necessidade de novas estratégias para efetivo cuidado em saúde (HADDAD et al., 2010; MENDES, 1996a, 2010).

Apesar desses grandes avanços, algumas questões são pontuadas como centrais para o fortalecimento desta iniciativa de reorganização da assistência. Nesse contexto, um dos aspectos importantes para vencer esses desafios mencionados, refere-se à formação dos profissionais de saúde, considerando a importância de um perfil adequado do profissional para o enfrentamento e para a superação dos fatores que impedem a plenitude do SUS, no caso deste estudo, a formação médica.

Mesmo com os ganhos históricos adquiridos ao longo do desenvolvimento da sociedade brasileira, os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem necessitaram ser repensados e reestruturados, sofrendo uma total resignificação em seu contexto macropolítico, saindo de um aprendizado restrito aos muros das universidades e, enfaticamente, imerso na realidade do SUS (BRASIL, 2001, 2014; CAMPOS, 1999).

Nesses novos contextos, as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação são muitas para atender às demandas da saúde em nossos dias. O trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares são necessários para prover um cuidado integral à saúde das pessoas, agregando diversos saberes à prática médica, considerando o indivíduo em suas dimensões pessoais, familiares e comunitárias no seu processo de adoecimento,

cura, promoção e reabilitação da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; MACHADO et al., 2007; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Além de priorizar uma reformulação paradigmática para o ensino médico, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN legitimam a necessidade de se completar a formação do profissional médico com a residência médica, reconhecendo esta modalidade de pós-graduação como essencial para o complemento da formação profissional (BRASIL, 2001, 2014).

A residência médica – RM, sendo uma modalidade de pós-graduação caracterizada pelo treinamento em serviço, é considerada o melhor formato para formação de especialistas na medicina. Foi instituída no Brasil pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e funciona em instituições de saúde, com critérios definidos pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, vinculada ao Ministério da Educação – MEC, responsável pelo credenciamento e pela avaliação dos programas (BRASIL, 1977).

Estudos mais recentes enfatizam que as políticas de indução de tais modificações na formação na saúde avançaram após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, no Ministério da Saúde – MS, em 2003. Através desta, surgiram outras iniciativas que permitiram que os desafios e as soluções pudessem ser planejados entre o órgão credenciador – MEC e o órgão financiador e gestor das práticas de saúde, principalmente no que podemos citar referente à RM (BRASIL, 2003, 2005b; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PETTA, 2011).

Para tanto, tornaram-se necessárias estratégias que vislumbrassem uma melhor integração das instituições formadoras e o serviço, de modo a torná-lo um espaço de aprendizagem. Assim, várias iniciativas foram implementadas para assegurar a integração ensino-serviço, tais como, PET-Saúde, PRÓ-Saúde e PRÓ-Residência (FRANÇA et al., 2017).

Numa perspectiva de debater e reduzir os conflitos na integração ensino-serviço, o MS, através da Política Nacional de Educação Permanente da Saúde – PNEPS, incentiva a criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES. No entanto, após quase uma década desta normatização, observa-se uma descontinuação dessas iniciativas ocasionando limitação e até cancelamento de tais

iniciativas, principalmente por questões de financiamento (FRANÇA et al., 2017; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Este estudo se insere nessa temática, especificamente por vivenciarmos uma realidade nesse processo de formação na área da saúde, cujos desafios levantam necessidades de compreensão e solução de tais conflitos a serem enfrentados por todos os envolvidos no processo conforme, contextualizado a seguir.

1.1 Contextualizando e problematizando o estudo

Na região do Cariri cearense, lócus deste estudo, a RM teve sua origem com a Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, mais tarde chamada de Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – Estácio-FMJ.

A Comissão de Residência Médica – COREME da Estácio-FMJ foi criada em 2004 com o Programa de Residência Médica – PRM de Cirurgia Geral (2 vagas) e posteriormente com os demais programas de clínica médica (4 vagas), pediatria (2 vagas), ginecologia e obstetrícia (2 vagas) e medicina de família e comunidade (2 vagas), assumindo, inicialmente, o desafio de garantir campo de prática para formação médica especializada no interior com recursos próprios.

Com as políticas indutoras de expansão de programas de RM, surgiram novos programas desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde – SESA e pela Universidade Federal do Cariri – UFCA, entre os estabelecimentos de saúde da região, sob convênio e cooperação docente interinstitucional, iniciado em 2013.

A parceria entre essas instituições – Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte e Estácio-FMJ – veio em busca de promover uma articulação entre os profissionais e os serviços, com o objetivo de oferecer uma formação qualificada ao médico residente a partir da vivência em diferentes cenários de práticas, com reflexão crítica e problematização do cuidado.

Contudo, apesar de grandes avanços para promover essa formação, a dicotomia entre o “mundo do ensino” e o “mundo do trabalho” ainda persiste, sendo um grande desafio em virtude dos gestores das Instituições de Ensino Superior – IES e do SUS definirem, por vezes, prioridades divergentes, promovendo uma desarticulação entre estes dois polos, sem citar os demais atores que, geralmente, estão excluídos desse processo, como o controle social, por exemplo (VENDRUSCOLO et al., 2016).

Dentre as várias medidas para a expansão das residências médicas e provimento de formação de especialistas para o SUS, visando atender as exigências da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil – PMMB e dá outras providências, o primeiro ano do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – PRMMFC será obrigatório para as principais especialidades de acesso direto a partir de 2019 (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, podemos verificar que ao longo de 13 anos de desenvolvimento de PRM na região, observam-se grandes desafios ainda não superados como as dificuldades na implantação, a execução de suas atividades nos estabelecimentos de saúde e a devida contemplação aos critérios de credenciamento dos mesmos. No município de Juazeiro do Norte, mais especificamente, há grandes dificuldades para uma plena integração ensino-serviço diante da futura demanda da rede municipal em acolher os futuros residentes.

Dentre esses desafios, pode-se pontuar: a desarticulação da rede de atenção à saúde, as divergências de prioridades elencadas pelas instituições formadoras da residência e a gestão municipal, a ausência de incentivo à preceptoria médica, ausência de direcionamento do Núcleo de Educação Permanente municipal em ações voltadas para a RM, entre outros.

1.2A aproximação do pesquisador com o problema

Durante a minha formação acadêmica, observava enquanto estudante de medicina, a necessidade de formação de especialistas para atuar na Atenção Primária à Saúde – APS, sobretudo médicos, para avançar na melhoria da assistência médica à população rompendo o paradigma médico centrado em doenças. Por tal motivo, ao me graduar em medicina, pude me integrar ao quadro de servidores da saúde do município de Juazeiro do Norte, por concurso público, e decidi me especializar em Medicina de Família e Comunidade – MFC.

Em 2011 ao regressar ao município de Juazeiro do Norte, já como docente e preceptor do internato de medicina comunitária da Estácio-FMJ, tendo obtido destaque nessa temática durante o meu processo formativo da residência, tanto em eventos científicos – congressos e oficinas sobre o tema – como em mobilizações da categoria dos médicos residentes, fui convidado a participar no desenvolvimento do

PRMMFC desta IES, assumindo, então, o cargo de supervisor do programa de MFC e de coordenador de residência médica da mesma IES.

Tal vivência me permitiu receber o convite para participar e desenvolver cursos de formação para o desenvolvimento e para o aperfeiçoamento da residência médica, como gestão de PRM e formação de preceptores, como facilitador desse processo no município, tendo como público-alvo os profissionais da rede municipal de saúde.

Com esses elementos expostos, na posição de médico da ESF do município e de docente da IES detentora do programa, temos – SMS/JN e Estácio-FMJ – o potencial de aperfeiçoar essa relação diante do momento em que a gestão municipal reestrutura seu Núcleo de Educação Permanente e o ambiente propicia esse diálogo.

1.3 Apresentação do objeto do estudo

Sob esse prisma, faz-se necessária a organização do processo formativo e de trabalho da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, nesse contexto, de modo a otimizar a formação e assegurar o desenvolvimento de competências profissionais condizentes com a atuação voltada à realidade do SUS, a partir da integração ensino-serviço de forma sistematizada.

Desse modo, anuncia-se como objeto de estudo para esta pesquisa, a elaboração de uma proposta para integrar o ensino-serviço de modo a favorecer a formação de residentes na Atenção Primária à Saúde.

Acredita-se que este estudo possa contribuir no campo político, ao observar e assegurar o que é proposto pelas políticas indutoras de formação dos profissionais de saúde, bem como, no contexto em questão, contribuir para a organização do fluxo das atividades realizadas por residentes na rede de serviços de saúde.

2 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de integração ensino-serviço para a formação na Residência em Medicina de Família e Comunidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.3A formação médica no Brasil e suas transformações

No passado, o desenvolvimento da microbiologia fundamentou uma concepção monocausal, apoiada na teoria dos germes, na qual os problemas de saúde se explicaram por uma relação agente-hospedeiro, gerando uma forma de se analisar os fenômenos separadamente (CASTELLANOS, 1994; MENDES, 1996a).

As limitações dessa forma de se analisar os fenômenos começam a se destacar à medida que as doenças transmissíveis perdem importância relativa, a expectativa de vida se eleva e as causas externas ganham força, dificultando sua utilidade na prática do desenvolvimento de ações integrais de saúde associadas às grandes mudanças comportamentais de massa da sociedade que ocorreram após a década de 1950 até os dias de hoje (MENDES, 1996b; ROSE, 2010).

Para Mendes (1996a), essa mudança do paradigma na saúde segue o pensamento de Kuhn (2009), quando ocorre um “giro histórico-sociológico da ciência” (neste caso, referindo-se ao conceito de saúde), surgindo uma revolução na reflexão acerca da ciência ao considerar próprios da ciência os aspectos históricos e sociológicos, que rodeiam a atividade científica.

Neste contexto, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, definiu um novo conceito de saúde, entendendo-a não somente como ausência de doença, mas dando conotação mais ampla, através de um raciocínio mais ecológico do processo saúde doença, proferindo uma nova forma de se operacionalizar os serviços de saúde (OMS, 1978). Determinou-se, naquela ocasião, a meta de acessibilidade aos serviços de saúde por todos, considerando-se que cada nação investisse recursos mais intensivos em Cuidados Primários à Saúde, assim como a participação social nesse processo (MENDES, 1996b).

A educação médica iniciou seu processo de mudança com a “Declaração de Edimburgo”, elaborada durante a I Conferência Mundial sobre Educação Médica realizada em Edimburgo em 1988, Escócia, reforçando a adequação da formação médica à realidade socio sanitária dos países em desenvolvimento (WARREN, 1988).

No Brasil, tais mudanças acarretaram na alteração do modelo de assistência à saúde e do ensino médico com a Oitava Conferência Nacional de Saúde (BRASIL,

1986), realizada em 1986, que definira diretrizes para um novo sistema de serviços de saúde universal, tendo o Estado como responsável pelo mesmo; direito garantido pela Constituição Federal de 1988.

A opção do Ministério da Saúde ao institucionalizar a ESF como política nacional de APS significou adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde do país (SILVA; GRISI, 2007).

Já no ensino médico, as mudanças mais significativas ocorreram nas décadas de 1990 e 2000, com o início da reforma curricular dos cursos da área da saúde, gerando as DCN, em particular, o de medicina, partindo do relatório da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, em meados dos anos 1990 (BRASIL, 2001, 2014; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; TOKASHIKI et al., 2013).

Os conhecimentos e as práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornaram-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde. Nesses novos contextos, as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação são muitas para dar conta das demandas da saúde em nossos dias; o trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares se fazem necessários para os dias atuais (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Mesmo com os ganhos históricos adquiridos ao longo do desenvolvimento da sociedade brasileira, os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem necessitam ser repensados e reestruturados, e o processo de avaliação da aprendizagem deve sofrer uma total ressignificação.

A transição demográfica e epidemiológica acarretou numa modificação do perfil de adoecimento da população brasileira, surgindo uma elevação de condições crônicas, que possibilitou uma elevação da carga de doenças, que necessitou de uma concepção de um novo modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Frente a essa transição, o SUS passou a ser priorizado como principal campo de práticas de ensino e aprendizagem para o novo currículo médico, tanto na graduação como na pós-graduação (residência médica) em face à necessidade de formação de um novo perfil profissional para essa nova demanda. A seguir aborda-se acerca dessa formação (BRASIL, 2001, 2014; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; CAMPOS, 1999).

3.4A residência médica

A residência médica, nos moldes em que conhecemos hoje, surgiu em 1889 em Baltimore nos Estados Unidos da América na Universidade John's Hopkins com William Halsted, observando ao elevado índice de mortalidade dos pacientes atendidos por recém-formados, nomeou um grupo de ex-internos (recém-formados) a receberem um regime de treinamento em cirurgia enquanto moravam no hospital. Este formato de ensino logo mais foi expandido para as outras áreas médicas do hospital. Na primeira metade século XX, essa modalidade de treinamento médico foi instituída no restante daquele país, passando a ser obrigatória para formação de especialistas (HORII, 2013).

No Brasil, foi introduzida, inicialmente, em 1944/45 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com a especialidade de ortopedia. Decorrente de um crescimento progressivo e desordenado, e percebendo a necessidade de se ter mais especialistas, o governo brasileiro regulamentou esta modalidade de ensino pelo Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977).

Tal decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM a qual é responsável por credenciar os programas de residência médica nas diversas especialidades médicas, sendo a mesma vinculada ao MEC. As atividades do médico residente foram regulamentadas pela Lei 6932/81, garantindo, para a época, direitos antes não regulamentados, como moradia, obrigatoriedade da concessão de bolsa de estudos e outras garantias para promover melhor aprendizado ao médico residente pelo programa credenciado (BRASIL, 1981; HORII, 2013).

Desde então, essa comissão elabora resoluções, pareceres e documentos técnicos compostos por um colegiado em que participam representantes estaduais e regionais das COREMEs, dos gestores de saúde, do MEC, da representação nacional dos médicos residentes. Possui, também, a função de conduzir a fiscalização dos PRMs credenciados, que “cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão ‘residência médica’ só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica” (BRASIL, 1977, 2005a, 2006a, 2006b, 2017b).

Recentemente, de 2007 para os anos atuais, a discussão nos ambientes acadêmicos sobre um olhar para formação dos médicos residentes passou a ganhar estrutura e vem desenvolvendo resultados apesar dos inúmeros desafios como financiamento de bolsas, reconhecimento do preceptor como docente e uma preceptoria de qualidade com formação permanente (FERREIRA, 2017; MASSUDA; CUNHA; PETTA, 2007; PETTA, 2011).

Percebendo essa necessidade e associada às transformações no panorama da transição epidemiológica em que o país percorre, as políticas de indução de tais modificações na formação na saúde avançaram após a criação da SGTES no MS em 2003, prosseguindo com maior integração entre os Ministérios da Educação e da Saúde no tocante ao ensino na saúde. (BRASIL, 2003, 2005b; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PETTA, 2011).

Novos suportes a esse processo foram melhor trabalhados ao se tornar uma iniciativa do Estado, propondo uma aglutinação de interesses entre os órgãos responsáveis pelo ensino e pelos gestores do SUS, sendo melhor detalhados a seguir.

3.5 Integração ensino-serviço e seus desafios

Integração, palavra de origem latina, consiste no ato ou efeito de integrar-se, com implicações nas diversas áreas das ciências como a sociologia, as exatas e outras, podendo ser resumida em uma assimilação cultural, linguística e jurídica entre indivíduos de diversos grupos, formando um único corpo social. Integralidade é dar qualidade ao que é integral. (GOOGLE, [s.d.]; MICHAELIS ON LINE, [s.d.]).

Para se dar “sentido à integralidade”, segundo Mattos (2009), o termo introduzido na Constituição de 1988 (não desta forma, mas como “atendimento integral”, traduzindo o mesmo significado) surge através de uma mobilização coletiva para mudar o sistema nacional de saúde, às instituições e às práticas de saúde, naquela época, para alcançar um modelo (ainda inexistente), a partir do que existia, para algo desejável de uma certa configuração de sistema.

Nessa perspectiva, uma mudança efetiva na formação profissional requer uma transformação de práticas antidemocráticas e não integradoras, que nos foram herdadas de um modelo hegemônico do ensino na saúde para a incorporação de princípios de integralidade no sentido amplo na dimensão pessoal/profissional,

organização dos serviços e desenvolvimento de políticas centradas na necessidade dos usuários (VENDRUSCOLO et al., 2016).

Atualmente, existe uma enorme demanda dos serviços de saúde (municipais, estaduais e privados/filantrópicos) que abrigam estudantes e médicos residentes para protagonizar o ensino na saúde de modo que atenda às necessidades de ambos os lados. No entanto, muitos destes locais estratégicos não possuem estrutura de recursos humanos, financeiros e organizacional (FERRAZ et al., 2013; VENDRUSCOLO et al., 2016).

Em paralelo a esse fato, a necessidade de ampliar a cobertura de serviços de saúde, observando a escassez de profissionais médicos graduados e especialistas no SUS, o Governo Federal instituiu o PMMB, que apresenta políticas de indução de aumento de vagas de cursos de graduação médica e de residências em localidades e especialidades médicas de necessidade nacional (BRASIL, 2013b).

A proposta incentiva uma política de estado para provimento de assistência à saúde centrada na formação de profissionais médicos a longo prazo. Esse processo acumulou experiências de outras iniciativas realizadas pelo MS como PET-Saúde, PRÓ-Saúde e PRÓ-Residência (ANJOS et al., 2010; COMES et al., 2016; FRANÇA et al., 2017; VENDRUSCOLO et al., 2016).

Sob esse panorama, considerando o contexto atual da saúde no Brasil e, principalmente, buscando atender às exigências da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, observa-se que a legislação em vigor estimula desenvolver uma formação médica a qual agregue a graduação médica e a residência médica no SUS e para o SUS, desenvolvendo uma melhor integração das Redes de Atenção à Saúde – RAS (MENDES, 2010; PETTA, 2011).

Essa integração entre as IES e os serviços de saúde necessitam de amadurecimento de ambas as partes envolvidas, principalmente do entendimento nos serviços de saúde, fazendo-se necessária uma mudança de cultura dos atores sociais que constituem o SUS – com ênfase nos seus gestores – a fim de compreendê-lo como escola, ou seja, estruturar suas ações dentro do eixo da integralidade, de modo a buscar efetivamente uma integração entre ensino e serviço (VENDRUSCOLO et al., 2016).

Os desafios são inúmeros com tamanha dimensão da proposta trazida pelo PMMB, pois projeta para o futuro o provimento de médicos para o SUS com problemas não resolvidos no passado, tanto na educação quanto na gestão e na atenção à

saúde, principalmente na política de formação profissional, como: o trabalho em equipe multiprofissional e a formação docente do trabalhador do SUS (MACHADO et al., 2007; PIZZINATO et al., 2012).

As fragilidades institucionais envolvidas entre os interesses desse binômio ensino-serviço, quando expostas perante a grande diversidade existente no Brasil, demonstra-se a necessidade de se modernizar os acordos legais existentes, uma vez que a gestão intergovernamental altera a forma de relacionamento entre os entes, evidenciando possíveis conflitos de interesse que devem ser resolvidos a partir de relações horizontais (SANTOS; ANDRADE, 2011; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2017).

Nesse sentido, o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde – COAPES, expresso na Portaria Interministerial 1.124 de 04 de agosto de 2015, propõe a garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais, sob responsabilidade de gestores da área de saúde, como cenários de práticas para formação no âmbito da graduação e de pós-graduação – residência em saúde (BRASIL, 2015).

O COAPES propõe aos gestores do SUS o aprimoramento de atividades educacionais e das IES com o desenvolvimento regional no enfrentamento dos problemas de saúde locais e a participação ativa da comunidade. Desse modo, desenvolve-se o “Quadrilátero da Saúde” (ensino, gestão, atenção e controle social), servindo à construção e à organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, potencializando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde, valorizando o controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018)

As potencialidades abertas pela implantação dessa nova política, com alto grau de complexidade de gestão nas diversas instâncias, além das potenciais insuficiências dos serviços assistenciais, evidenciam claramente um novo momento nos processos de integração ensino-serviço. Necessita-se da efetiva implantação de uma política de integração ensino-serviço comunidade, que envolva todas as IES associadas aos serviços assistenciais (e seus respectivos gestores), fortalecendo uma política que necessita ser de Estado e não mais de governo (ALBUQUERQUE et al., 2008; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014; VENDRUSCOLO et al., 2016; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2017).

Nesse processo, cada vez mais se observa a necessidade do papel do Estado em ordenar seus processos de formação na saúde a fim de que se regule e

intermedeie esse processo de integração ensino-serviço entre os serviços de saúde nas diversas esferas governamentais (municipal, estadual e federal) e nas entidades formadoras.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório do tipo pesquisa-intervenção, no qual propõe-se neste a elaboração de uma proposta de integração ensino-serviço facilitadora na formação da residência médica.

As pesquisas exploratórias, segundo Gil (2002), têm como propósito tornar o problema a ser estudado mais familiar, explícito ou a propiciar formulação de hipóteses. Essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Possuem planejamento bastante flexível, possibilitando a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Geralmente envolvem revisão bibliográfica, entrevistas com pessoas que vivenciam ou vivenciaram condições associadas ao problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

O estudo do tipo pesquisa-intervenção visa modificar uma realidade onde, geralmente, o pesquisador está inserido. Esse formato de investigação/estudo fora introduzido no Brasil na década de 1960 agregando investigação, participação e política, sendo, assim, concebidas na tentativa de solução de problemas concretos (MINAYO, 2014).

Para Rocha e Aguiar (2003), a pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas, e busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico.

Nesse contexto, sua formatação é demarcada pela mudança dos parâmetros de investigação, em que o pesquisador possui acentuado vínculo entre a gênese do objeto do estudo, no que tange à neutralidade e à objetividade, e a intervenção, por si, destaca que o pesquisador e o pesquisado fazem parte do mesmo processo (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Os estudos intervencionistas priorizam a produção do conhecimento que agregue novos atores ao longo do processo do estudo, promovendo uma ação conjunta de decisões compartilhadas na condução e na elaboração do conhecimento coletivo. Desse modo, tais ações não devem somente contemplar os sujeitos que estão diretamente envolvidos com o estudo, mas, também, os pesquisadores vinculados ao mesmo (PICHETH; CASSANDRE; THIOLENT, 2016).

Portanto, num estudo intervencionista, o foco do estudo não é mantido somente na ação a ser executada. A mudança da realidade estudada não é uma ação imediata; consiste em uma consequência da produção entre teoria e prática – sujeito e objeto. Com efeito, as ações coletivas não representam o estabelecimento de regras e leis, ou implementação de planos adaptados de outros espaços coletivos, mas um esforço conjunto, partindo dos próprios meios construídos pelos participantes da ação, sob o auxílio do pesquisador como intermediador (CASSANDRE, 2012; PICHETH; CASSANDRE; THIOLLENT, 2016; ROCHA; AGUIAR, 2003; SANNINO, 2011).

Nessa perspectiva, considerando que o estudo tem como objeto uma proposta de integração ensino-serviço que fortaleça a formação na residência, a elaboração da proposta orientadora dessa integração foi a ação esperada na intervenção.

4.2 Contexto do Estudo

O contexto do estudo é o município do Juazeiro do Norte, cidade situada na região do Cariri, a aproximadamente 560km da capital Fortaleza, no extremo sul do Ceará, com 268.248 mil habitantes, extensão territorial de aproximadamente 248.832km² e densidade demográfica (hab/km²), em 2010, de 1004,45 (IBGE, 2016).

Geograficamente, Juazeiro do Norte, juntamente às cidades de Crato e Barbalha, formam um importante e próspero processo de conurbação conhecido como “Triângulo CRAJUBAR”, já institucionalizada como Região Metropolitana do Cariri, em 2009. É uma região reconhecida no estado devido seu grande potencial econômico, foco de investimentos públicos e privados.

Atualmente os serviços de saúde do município de Juazeiro do Norte-CE são estruturados pela Estratégia de Saúde da Família, que possui 71 equipes de ESF e 38 equipes de saúde bucal, composta ainda por 473 Agentes Comunitários de Saúde. Para o gerenciamento dessas equipes existe uma Diretoria da Atenção Primária e a divisão por distritos sanitários, que são sete, com suas respectivas coordenações. Conta com cobertura de 91,3% na ESF. (JUAZEIRO DO NORTE, 2017).

A rede ambulatorial e hospitalar disponível em média complexidade compõe-se de serviços nas áreas estratégicas da assistência à saúde, sendo que o sistema municipal de saúde de Juazeiro do Norte apresenta capacidade instalada para realização de serviços básicos, de média e alta complexidade em saúde. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e

macrorregional. Assim, destaca-se o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III 24h; Centro de Atenção Psicossocial Infantil; Serviço de Atenção Domiciliar; Centro de Dermatologia Sanitária e Doenças Infecciosas; Policlínica municipal; Serviço Ambulatorial de Urgência – SAMU; Centro de Especialidades Odontológica (Municipal e Regional); Unidade de Pronto Atendimento; Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; e clínicas de diversas especialidades. O município também possui 02 hospitais, sendo o Hospital Infantil Maria Amélia Bezerra e o Hospital e Maternidade São Lucas (JUAZEIRO DO NORTE, 2017).

Conta ainda com uma rede de serviços de saúde no seu território, que é administrada através de consórcio e organização social, composta por 01 Hospital Regional do Cariri de alta complexidade. Para atender a demanda da Atenção Especializada, os pacientes são referenciados para a Policlínica de Especialidades Médicas em Barbalha – CE (Regional) (JUAZEIRO DO NORTE, 2017).

Para a gestão dos processos de aprendizagem nos serviços do município tem-se um Núcleo de Educação Permanente – NEP, que foi recriado em 2017, com a necessidade de reorganizar os estágios dos cursos de graduação na saúde da região, que utilizam os serviços de saúde do município, como campo de práticas. No entanto, observou-se que as atividades desse núcleo estão concentradas para a graduação, sem ações voltadas para a residência médica (JUAZEIRO DO NORTE, 2017).

Neste estudo, tem-se esse cenário como foco para o desenvolvimento da intervenção.

4.2.1 O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – Estácio-FMJ.

Credenciada à CNRM em 2009, o PRMMFC da Estácio-FMJ foi criado para atender à formação de médicos na especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Em parceria com o SUS Municipal de Juazeiro do Norte, considera-se a relevância da necessidade de qualificar profissionais médicos, com uma ampla visão na sua especialidade, e envolvidos para a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família do município e da Macrorregião Cariri (ESTÁCIO FMJ, 2012).

O programa existente é regulamentado junto ao município através de um convênio¹ entre o município e a IES, cuja coordenação do programa e cujo financiamento das bolsas são de total responsabilidade da IES e o município fornece os cenários de práticas.

O perfil do egresso esperado do programa é um médico especialista com formação em saúde da família e comunitária, com visão humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, assistindo o paciente como um todo, inserido em seu contexto biopsicossocial indivisível. Delimita-se claramente o seu grau de competência e levando em conta as características psicossociais do seu paciente, através de uma relação médico/pessoa positiva, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (ESTÁCIO FMJ, 2012).

O programa utiliza metodologia de ensino atualizada e compatível com o conteúdo, empregando técnicas tais como: aula expositiva, problematização, cursos de imersão, pesquisa científica e trabalho de grupo como estratégias da construção coletiva do saber, que propiciem a reflexão e a crítica, compatíveis com as ações profissionais futuras dos profissionais, respeitando a autonomia do educando (ESTÁCIO FMJ, 2012; FREIRE, 2014).

Propõe-se, dessa forma, o método de educação médica centrado no educando, onde professores buscam interagir com os educando como adultos autônomos e responsáveis por seu próprio aprendizado, utilizando uma analogia aos seis componentes do método clínico centrado na pessoa (BROWN; WESTON, 2010):

1. Avaliando as necessidades e aspirações de aprendizagem
2. Entendendo o educando como um todo
3. Elaborando um plano conjunto de aprendizagem
4. Construindo conhecimento a partir de aprendizagens anteriores
5. Intensificando o relacionamento entre educando e professor
6. Sendo realista

¹ Esse convênio está sob revisão entre as partes, uma vez que se encontra descontextualizado com a atual situação do município e da IES que possui novos cursos, além da medicina. Não há menção detalhada nesse documento sobre atribuições de cada parte no que se refere à residência médica. Tais assuntos são tratados com acordos de gestão não formalizados entre a IES e a Secretaria de Saúde do Município por um convênio firmado em 2000 e seus aditivos com validade de 20 anos.

Desse modo, visando à consecução dos objetivos, o conteúdo das disciplinas da Residência e sua forma de apresentação serão direcionados a estimular a “Aprendizagem das Descobertas e das Soluções”, construindo uma Clínica Ampliada na Atenção Básica através das próprias necessidades do aprendiz, seguindo uma programação padrão de base descrita a seguir (BROWN; WESTON, 2010; CUNHA, 2005; FREIRE, 2014).

Durante o primeiro ano, os residentes estão inseridos na rede de atenção básica de Juazeiro do Norte, em imersão, como médicos do programa de saúde da família durante 11 meses, cumprindo, assim, uma carga horária de 40 horas semanais. As 20 horas restantes exigidas pela CNRM são dedicadas a atividades de reflexão teórica, pesquisa, formação docente, plantões e ambulatórios nos serviços de retaguarda dos níveis secundário e terciário de atenção da RAS conforme sua demanda de aprendizado (ESTÁCIO FMJ, 2012).

No segundo ano, além do aprofundamento das atividades que já vinham desenvolvendo desde o primeiro ano, são acrescentadas atividades de iniciação à docência junto ao residente do primeiro ano e estudantes sob a tutela do preceptor. Durante um mês do segundo ano, no horário correspondente ao estágio em ambulatório especializado, o residente pode optar por estágio em um serviço conveniado com o programa para complemento à sua formação (ESTÁCIO FMJ, 2012).

Os residentes de outros programas de RM realizam, também, estágio no PRMMFC, e necessitam cumprir sua carga horária na APS, conforme as diretrizes para credenciamento de PRM definidas pela CNRM (BRASIL, 2006a; ESTÁCIO FMJ, 2012).

O programa conta com todos os preceptores formados em PRM, ou titulados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e Associação Médica Brasileira – AMB, e capacitados pelo programa de capacitação oferecido pela SBMFC ou MS / MEC. A Supervisão em ato se dá em tempo integral nas Unidades de Saúde da Família – USF. O exercício da preceptoría pode ser compartilhado mutuamente entre as equipes preceptoras das unidades e, ainda, pode ser programado com professores e profissionais da rede municipal de saúde (ESTÁCIO FMJ, 2012).

A COREME da Estácio-FMJ, em 2013, conveniou-se a outras instituições do Estado do Ceará através de um acordo de cooperação técnico-científica interinstitucional, o qual promove integração e expansão de PRM em rede, passando a contribuir com os demais programas da região e do estado, como campo de estágio para complementar essa formação.

O PRM possui três turmas formadas com três egressos no total e, atualmente, não possui residentes cursando o programa.

No momento, ainda não há uma tratativa específica para a RM entre o município de Juazeiro do Norte e a Estácio-FMJ (bem como outras IES e serviços de saúde com PRM credenciados na região), definindo as atribuições dos entes envolvidos nesse processo.

A adequação à lei 12.871/2013, a partir de 2019, que inclui o ingresso dos residentes do primeiro ano das especialidades de acesso direto credenciadas pela instituição e demais conveniadas a esta, para o primeiro ano obrigatório no PRMMFC, ainda não está definida pela COREME da Estácio-FMJ, sendo um dos principais desafios para a condução futura desse programa e dos demais (BRASIL, 2013b).

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos foram denominados neste estudo de informantes-chave.

Entrevistas com informantes-chave são comumente utilizadas em pesquisas de campo em estudos qualitativos. Os entrevistados, nesses casos, são indivíduos selecionados, em sua maioria, por terem um conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre o assunto de interesse específico do pesquisador (SCHENSUL, 2004).

Para Gilchrist e Williams (1999) o informante-chave auxilia a compreensão limitada do pesquisador sobre o seu conhecimento – cultura – em algo com significado para o próprio pesquisador. Um informante-chave é um tradutor tanto literal quanto figurativamente.

Foram, portanto, seis informantes-chave do estudo, atores envolvidos no binômio ensino-serviço, a saber: Gestão da saúde municipal – Composto por quatro integrantes do núcleo da gestão, sendo estes a Secretária de Saúde, a Coordenadora da Atenção Básica, a Gerente de Distrito Sanitário e a Coordenadora do Núcleo de

Educação Permanente – e dois Preceptores do PRMMFC – médicos pertencentes ao serviço e as IES com competências para exercício dessa função.

4.4 Procedimento para a Coleta de Dados

Foi realizada uma escuta qualificada junto aos informantes-chaves, mediada por uma entrevista semi-estruturada. Após esse momento, o material foi analisado e subsidiou a proposta de integração ensino-serviço para a residência.

A entrevista é uma técnica que possui maior flexibilidade entre as técnicas de interrogação; um encontro entre duas pessoas, por meio do qual uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto. Uma entrevista semi-estruturada é definida pela condução por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do curso, garantindo uma liberdade ao mesmo para desenvolver uma ação em qualquer direção que considere adequada (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2003).

O conceito de escuta qualificada remete ao da escuta ativa a qual é avaliada como um processo mental mais sofisticado que somente ouvir, demandando mais energia e disciplina em um processo ativo. Nessa concepção, a escuta qualificada considera os aspectos do contexto do sujeito, procurando o alinhamento dos diferentes saberes, deslocando o protagonismo para todos os envolvidos na intervenção (BURLEY-ALLEN, 1995).

Assim, buscou-se junto aos informantes-chave saber como percebiam a integração ensino-serviço para os processos de aprendizagem na residência médica. Para isso, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada com os preceptores e com os gestores – Apêndice A e B, respectivamente. Essa escuta se referiu a alguns pontos importantes nesse processo, tais como: o olhar dos informantes-chave sobre integração ensino-serviço, suas vivências nesse contexto e como percebem uma integração mais efetiva para a formação de residentes.

A entrevista, portanto, foi registrada por gravação de áudio, com duração média de 34 minutos e 30 segundos, a qual, no mesmo ato, foi dividida para fins didáticos em duas fases. A primeira chamamos de **fase exploratória**, na qual foram abordados elementos básicos como a pactuação da entrevista, consentimento expresso pelo entrevistado, identificação, relação do entrevistado com APS, sua trajetória profissional e outros temas mais gerais relacionados à temática do estudo.

A segunda, foi denominada de **fase de aprofundamento**, a qual remete a elementos específicos do estudo, como integração ensino-serviço, residência médica, implicações e impressões pessoais no processo de trabalho de formação na saúde, bem como outros que porventura possam ser pertinentes ao objeto do estudo.

Assim, para esta primeira etapa da coleta de dados, foi organizado um ambiente acolhedor e estimulador que propiciou a expressão dos participantes sobre as ações, que realizam junto aos seus respectivos papéis exercidos no processo de integração ensino-serviço na residência médica, bem como o que na visão desses profissionais poderia ser realizado ou aprimorado.

Esse momento foi conduzido pelo pesquisador em conformidade com um agendamento prévio junto a cada participante do estudo.

4.5 Relatório da Intervenção: organização e análise do material

Para organizar o material das entrevistas, estas foram transcritas para o programa LibreOffice Writer, versão 5.4. A preparação do banco de dados deu-se a partir da codificação de algumas variáveis (entrevistado de acordo com a sequência da entrevista: ENT_01, e o/a número/temática da questão da entrevista: VCP_01) e da correção do texto a partir da padronização de termos, conforme normas do *software*. Os dados foram processados no *software* Iramuteq (*Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires*) versão 0.7 alfa 2, desenvolvido por Ratinaud em 2009 e introduzido nas pesquisas brasileiras no ano de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para análise, definiu-se a nuvem de palavras, que permite identificar a ocorrência de palavras e variáveis comuns a todos os textos. A análise interpretativa dos dados se deu a partir dos dados gerados pelo *software*, com base na análise temática.

Minayo e Deslandes (2015) afirmam que, na análise temática, o conceito central, como o próprio termo cita, é o tema. Nessa técnica avaliam-se os núcleos de sentido que surgem nos diálogos para posterior agrupamento. As autoras referenciam os elementos da análise temática de conteúdo de Bardin (2004), os quais se apresentam essencialmente em três etapas que, geralmente, são interdependentes entre si: pré-análise (organização do material), descrição analítica e interpretação inferencial.

Esta última é a etapa mais intensa do processo. Estabelecem-se relações a partir de reflexão, intuição, experimentação com os referenciais teóricos estabelecidos. O conteúdo analisado pode ser dividido em conteúdo manifesto (o que se expressa de maneira explícita nas perguntas) e o conteúdo latente (aquele que se expressa a partir do aprofundamento da análise, é implícito).

Após, foi conduzido à análise, utilizando a literatura sobre a temática para auxiliar nessa fase do estudo.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo faz parte de um projeto maior, do tipo guarda-chuva, intitulado: Estudos sobre Promoção da Saúde nos ambientes educacionais e de trabalho, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) através do número 1.973.784, em março de 2017 (Anexo 1).

Foram observados os quatro referenciais básicos da Bioética - autonomia, não maleficência, beneficência e justiça - dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

No respeito ao princípio da autonomia, inicialmente foram fornecidos todos os esclarecimentos aos informantes-chave sobre a realização do estudo, sendo assegurada sua vontade de contribuir ou não com o estudo por intermédio de sua manifestação expressa, conforme prevê o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Pós-esclarecido (APENDICE C e D).

No tocante ao princípio da não maleficência, as ações inerentes à intervenção foram esclarecidas previamente e, quando houve dúvida por parte dos participantes, procurou-se esclarecê-las a contento.

Quanto aos benefícios obtidos com a realização do estudo, espera-se que haja o desenvolvimento do projeto de intervenção propriamente dito a fim de melhorar a integração ensino-serviço para a residência médica em MFC no município de Juazeiro do Norte – CE.

O princípio da justiça foi contemplado na garantia do anonimato dos participantes, já que estes não serão identificados no estudo. Foram estabelecidas denominações para os mesmos, a saber: P1, P2, P3, (...) para os preceptores, G1, G2, G3, (...) para os gestores. Assim, suas identidades foram resguardadas.

Durante a condução de todo o estudo manteve-se o respeito às normas previstas e estabelecidas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elaborou-se esta seção do estudo utilizando o material advindo das entrevistas, de modo que esse aspecto possa contribuir para uma discussão entre as evidências advindas do *corpus* descritivo do estudo, suscitando a elaboração de quatro categorias empíricas intituladas: *Campo de prática: vivências de preceptores*; *Percepção dos preceptores acerca da integração ensino-serviço*; *Integração ensino serviço: a fala de gestores*; *Fortalecendo a integração para formação na residência*.

Destacam-se como elementos para discussão a relação dos preceptores no processo assistencial e docência, e dos gestores, realizando o paralelo com suas observações no tocante à integração ensino-serviço-gestão.

5.1 Campo de prática: vivências de preceptores

A análise lexical das entrevistas acerca das vivências e da visão dos preceptores, sobre o campo de práticas, deu origem a uma nuvem de palavras, cujo aspecto central se baseia no residente e traz como núcleos secundários as palavras: processo, preceptor, formação, área, médico e residência, expressas nas falas a seguir e conforme figura 1.

O processo de **formação dos residentes** eu acho que (...) isso tem promovido um processo de formação dos próprios **professores**, das pessoas que atuam na área, no sentido de estarem **aperfeiçoando seu processo de trabalho** (...) entretanto nós precisamos caminhar mais no sentido de modelar melhor esse **processo** de formação para que a gente possa garantir para o nosso residente realmente um espaço onde ele possa alcançar aquilo que nós desejamos enquanto **formação dos novos médicos** de família e a devolutiva que a gente vai fazer pra sociedade (P1).

Eu acredito que assim, (...) que talvez seja mais adequado para o **processo de residência**, que é você pegar a área do **preceptor**, pensar em duas dividir essa área em duas, pegar dois residentes, cada um dando suporte a uma metade da área de uma equipe de saúde da família e a agenda do **preceptor vai estar livre apenas para acompanhar as consultas desses residentes**, até pelo menos no momento em que aquele residente adquiriu bastante habilidades (...) (P2).

para o ensino nas Unidades de Saúde da Família (USF) para atender as necessidades de aprendizado do médico residente, como consultórios, salas de reuniões, entre outros. Os autores ressaltam ainda a necessidade de valorização do preceptor de campo, onde o reconhecimento pelo serviço deste, como docente, colabora para que o mesmo proteja o ambiente de aprendizado para o médico residente.

O preceptor possui diversas atribuições conforme a realidade de cada país ou região, porém, a principal atribuição dada a este profissional é a de participar na socialização do médico residente no ambiente de trabalho da especialidade que cursa, adicionando ao aprendizado do aprendiz sua experiência profissional. Observa-se na realidade brasileira que os preceptores são profissionais da rede, que não possuem vinculação com a docência atrelada a uma IES ou formação específica, e estes acabam, por vezes, assumindo, equivocadamente, funções múltiplas como: tutoria e supervisão, além da assistencial, sem o devido preparo (BOTTI; REGO, 2008, 2011; CASTELLS et al., 2016).

O reconhecimento da preceptoria exercida pelos profissionais da assistência como uma função na rede pública agregada à APS, tem sido um desafio ressaltado em outros relatos de experiências quando se discute a implantação e a manutenção do programa de residência em MFC (STORTI et al., 2017).

Sarti et al (2018) observaram, também, que, além desse fenômeno no processo de implantação dos PRMMFC em Vitória – ES, a sobrecarga de trabalho do preceptor em lidar com sua agenda de atendimento própria e a atividade docente junto ao residente foi identificada como um dos elementos que fragilizam a implantação e o desenvolvimento do próprio programa.

O vínculo da função de preceptor ainda é um elemento que é enfatizado positivamente, tanto pela gestão dos serviços de saúde, como pelas instituições que supervisionam os programas de residência médica. Entretanto, a falta de regulamentação dessa função docente-assistencial para os profissionais estatutários, ou contratados temporariamente no serviço, dificulta a adesão destes a se dedicarem nessa função e a sua permanência no PRM. Iniciativas como incentivos financeiros para o recrutamento, reconhecimento da carga horária em atividades de ensino contabilizadas no trabalho regular e no registro de produção profissional, iniciação à pesquisa, formação pedagógica, inclusão no plano de carreiras, foram identificadas como potencializadores na satisfação dos médicos preceptores, assim como na fixação dos mesmos nos programas (ALESSIO et al., 2016; STORTI et al., 2017).

Justino et al (2016) referem que, durante a expansão da APS no município do Rio de Janeiro – RJ em 2011, para resolver a escassez de médicos de família e comunidade, além de salários atrativos e incentivos de pagamentos por desempenho, a SMS/JN iniciou a formulação de seu próprio PRMMFC para expandir sua rede. Nos anos seguintes, observou-se que obtiveram reflexos na exigência de melhoria na qualidade dos outros profissionais e na organização dos processos de trabalho, desde práticas interdisciplinares até procedimentos cirúrgicos, aprimorando a oferta de serviços na APS e, por consequência, atraindo novos profissionais para a especialidade e para o serviço.

Essa necessidade de investimento é referida nas entrevistas com os preceptores ao relatarem as limitações para soluções do cotidiano, para as quais receberam treinamento, uma vez que as condições de uma infraestrutura inadequada das USF para atuação profissional, tanto dos residentes, quanto dos profissionais que lá trabalham, determinam essas limitações. Tal fenômeno, segundo o entrevistado, são condicionantes, inclusive para o bom exercício da preceptoría, conforme uma das falas a seguir:

Muitas vezes eu me vejo amputado, essa é a palavra, muitas vezes eu **deixo de fazer** coisas por falta de **condições técnicas, estruturais**, e isso é meio uma amputação porque acaba diminuindo a capacidade ao longo dos anos, acaba diminuindo a capacidade de execução daqui para o qual a gente se preparou (P1).

Pode-se inferir pela Figura 1 e pelas falas apresentadas que o processo de implantação ou de desenvolvimento de um programa de residência médica em MFC poderia proporcionar um potencial de melhorias e qualificação na infraestrutura das USF, exercendo as competências devidas para atuação mais resolutiva no processo de trabalho em seu campo de prática.

A presença dos profissionais de saúde envolvidos e engajados na Residência Médica, apesar de serem importantes nesse processo, revela que os usuários apresentam papel chave nessa construção.

Embora seja um elemento importante na execução do PRMMFC, não fora mencionado pelos entrevistados (preceptores) sobre suas experiências como preceptores na interação com o controle social, ou integração dos demais membros das Equipes de Saúde da Família na gestão do programa em tela. Esse fenômeno da

pouca ou nenhuma participação comunitária é observado nos demais relatos sobre desenvolvimentos de PRMMFC (MUELLER, 2018).

Nesse contexto, percebe-se que o processo de integração com a equipe e a comunidade em suas experiências não foi algo negativo, tornando-se elemento agregador ao processo de trabalho de suas equipes e, por consequência, para a população assistida. Essa integração deve ser incentivada para melhor gestão do processo formativo.

5.2 Percepção dos preceptores acerca da integração ensino-serviço

Outro aspecto importante contemplado nas falas dos preceptores foi a visão destes acerca da integração ensino-serviço enquanto facilitadora e promotora do processo de formação e qualificação profissional dos residentes. De um modo geral, as falas expressam que essa integração acontece, mas ainda apresenta falhas e precisa ser fortalecida.

Eu acho que se a gente consegue **unir forças academia, gestão e sociedade** (...) se a gente ofereceu um profissional, perfil de **profissional para a sociedade** (...) eu crio um espaço onde **academia e gestão trabalham juntos**. Nós vamos ter uma maior chance de reverter esse processo [de formação deficiente] (P1).

Eu acredito que talvez, assim, o **residente**, ele vai ajudar muito a **atender as necessidades de saúde** daquele município e a faculdade poderia estar promovendo uma **educação permanente** para esses profissionais que atuam na atenção básica pra melhorar tanto dos residentes, como os que não são residentes mesmo que estão dentro da atenção básica (P2).

A Residência Médica, como indicativo de Educação Permanente em Saúde – EPS, tem como propósito qualificar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando a capacitação dos profissionais de saúde da rede, problematizando seu processo de trabalho, emergindo os conteúdos dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, da população (CELEDÔNIO et al., 2012).

Essa problematização referida e seus devidos desmembramentos são evidenciados no desenvolvimento de um programa de residência. Arneman (2017), analisando a narrativa de preceptores, relata o impacto promovido pela atuação do residente nos serviços da residência no tocante à reflexão da prática profissional em um programa de residência multiprofissional, fonte de seu estudo. O questionamento

sobre o processo de trabalho, por parte do aluno, leva a reflexões, provocando mudanças nas equipes, propondo inovações no modo de operar, embora desafiadoras para preceptores e profissionais da rede.

Promover uma EPS refletindo sobre o cotidiano dos serviços de saúde favorece a uma transformação na prática profissional. Oliveira et al (2017) referem a perspectiva levantada por um grupo de residentes ao tornar foco de aprendizagem o processo de trabalho partindo de como o cotidiano do serviço e do território onde aquele residente está inserido de forma coletiva e multiprofissional é percebido pelos mesmos, como fomento para a aplicar condutas direcionadas às necessidades das pessoas atendidas de forma mais otimizada.

Essas experiências nos levam a inferir que, apesar das limitações e dos desafios no processo de integração entre a academia e o serviço, quando ocorre uma aproximação e a adequação de ambas as prioridades neste processo, ocorrem mudanças na prática profissional de todos os atores envolvidos no processo de formação dos alunos voltados para as necessidades da população assistida.

O relato dos preceptores do nosso estudo, citados acima, são convergentes no que se refere a EPS para os residentes, bem como para os profissionais que não são residentes, porém, são atores no contexto da atenção básica, enquanto pertencente àquela equipe local ou de suporte, uma vez que promove a formação desses no mesmo contexto na compreensão da APS, trazendo a ideia de pertencimento ao processo de formação e de construção de inovações sobre suas práticas (DOMINGOS et al., 2015).

Quando indagados acerca de como se dá essa integração entre ensino – serviço – gestão, foi possível identificar que a integração ocorre melhor entre a residência, entre a instituição de ensino e os serviços de saúde, entre o aluno (residente) e a unidade de saúde. A integração com a gestão ainda se apresenta de forma incipiente. Tais aspectos estão apresentados na figura 2 e nas falas que seguem.

foram primordiais para atingir tal objetivo. Essas experiências serão melhor referenciadas na categoria a seguir.

5.3 Integração ensino-serviço: a fala de gestores

Na fala dos gestores, a efetiva integração entre o ensino e o serviço apresentam dificuldades que se dividem em três aspectos. O primeiro deles refere-se à resistência de algumas instituições em aderir aos novos processos de trabalho no campo burocrático dos convênios para formalização das parcerias entre ensino e serviço, conforme apresentados nas falas a seguir:

A gente encontra ainda uma **resistência** em algumas coordenações de curso em relação a essa conversa e essa possibilidade de alinhamento (G2).

Hoje um dos principais gargalos que a gente identificou foi exatamente a **formalização dos convênios**, e também as dificuldades de algumas instituições de entender os novos processos de trabalho, os novos fluxos que foram implementados (G3).

Apesar de não ser uma especialidade com processo de formação recente nessa modalidade (residência médica), a MFC tem como cenário de prática predominante para a sua formação a rede de APS e demais equipamentos de suporte especializado dos municípios. Esses cenários não têm a tradição de abrigar ou promover formação, uma vez que as demandas assistenciais e de gestão são mais prevalentes quando comparadas à estruturação da educação na saúde.

A necessidade de se criar espaços de interlocução em comum se faz necessária para delimitar as necessidades de ambas as partes. Localidades como João Pessoa – PB, Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP, Florianópolis – SC e Curitiba – PR, como relatos citados na literatura, a criação de um espaço entre a gestão municipal e as IES conveniadas (quando o PRM era credenciado a estas) foram importantes para direcionar a construção, a organização, a execução e a manutenção dos programas de Residência Médica em MFC através de instâncias colegiadas envolvendo ambas as partes. Esses relatos serão melhor explorados adiante (JUNIOR, 2014; NETO, 2014; SARTI et al., 2018; SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018; SOARES et al., 2018)..

Essa divergência entre as demandas citadas acima é observada durante o processo de implantação dos programas de residência médica em MFC em cidades

de grande e de médio porte, nos quais os interesses das IES e da gestão local tiveram que ser mediados, sendo o polo mais demandante, geralmente, as IES, em virtude da necessidade de implantar as mudanças curriculares para os cursos de graduação na saúde e a residência médica (ALESSIO et al., 2016; CABRAL et al., 2008; CELEDÔNIO et al., 2012; FORSTER, 2004; SARTI et al., 2018; SILVA et al., 2012; STORTI et al., 2017).

Na fala dos gestores, observa-se, enquanto representantes da gestão municipal, que há resistência das IES em formalizar contratos ou convênios, especificamente, para os cursos de graduação. As Residências Médicas, até o momento desta pesquisa, ainda não foram discutidas por não terem estrutura ou fluxograma apropriados para essa demanda, no momento, pela secretaria de saúde e as tratativas correspondentes ao referido tema sempre foram mediadas diretamente entre a IES e os estabelecimento de saúde utilizados para campo de prática; no entanto, as consideram importantes para o município e consideram ainda que é necessário aperfeiçoar essa modalidade na gestão.

Pode-se inferir nas entrevistas com os gestores que a gestão municipal tem interesse e necessita elaborar uma política específica dessa integração entre as partes para Residência Médica, uma vez que não há regulamentação local específica para essa modalidade e os demais convênios existentes estão passando por uma reestruturação que atenda às necessidades do município e das IES, conforme as falas a seguir:

Eu entendo que para que aconteça a **integração ensino-serviço**, é um trabalho coletivo, um trabalho pactuado e um trabalho integrado, que envolve tanto o ensino, as instituições de **ensino**, como envolve também **o serviço de saúde**, aí vem a **gestão e profissionais de saúde** e também a comunidade (...). A gente já fez **encontros de ensino-serviço** que a gente discutiu pontos que precisam ser melhorados dos dois lados, e a gente tá nesse caminho, nesse processo (G2)

(...) posso até dizer assim: que há uma **falha de comunicação** há, porque existem residências no município de medicina em unidades, tem obstetrícia, tem saúde da família, e **não chegou até mim**, passou pela coordenadora de educação permanente e já foi direto para o campo (G1).

O segundo aspecto relaciona-se à falta de infraestrutura das unidades para receber os alunos.

Essa questão da **infraestrutura** eu acho que é uma das coisas que dificultam, eu acho que isso aí precisa ter mais uma conversa, essa parceria ser mais firmada (G4).

Essa **questão estrutural** eu acho que foi uma das que mais a gente encontrou dificuldade (G3).

A reestruturação curricular atraiu a demanda acadêmica em descentralizar o ensino para além das universidades e dos hospitais universitários. Com a aproximação do processo formativo com o contexto prático do futuro profissional ou especialista, elevou-se a demanda em aprimorar a infraestrutura para favorecer o processo acadêmico, além da função primária das unidades de saúde, que era garantir a assistência à saúde (ALESSIO et al., 2016).

No contexto da APS brasileira, a necessidade de expansão da cobertura assistencial não ocorreu com o provimento de formação de recursos humanos na saúde (especificamente a medicina) simultaneamente, e embora considerado um aspecto importante, não houvera previsão orçamentária ou política pública direcionada em seu histórico até meados de 2009 com o Pró-residência. Até aquele momento, predominava o processo de formação de especialistas adequado ao modelo assistencial à saúde prévio à Constituição Federal de 1988 (ALESSIO et al., 2016; PETTA, 2011, 2013).

As residências médicas, historicamente, foram credenciadas em ambientes hospitalares ou especializados, nos quais o processo de integração entre a academia e o serviço assistencial ocorrem em um ambiente mais centralizador, mantendo uma certa “zona de conforto” para ambos os polos interessados, que permanecem resistentes a mudanças desse modelo de ensino e de infraestrutura voltado para um modelo assistencial, já demonstrado anteriormente, dispendioso e que pouco atende as demandas sociais e epidemiológicas (FRENK et al., 2010).

A necessidade de adequação estrutural para o ensino na APS foi uma necessidade destacada em locais onde foram implantadas residências médicas, onde não existiam previamente, ou haviam poucas vagas de oferta. Ambiente de estudo, biblioteca, sala para procedimentos, consultórios, referência e contrarreferência dos encaminhamentos, insumos como impressos, e outros, foram problemas destacados durante o processo de implantação de residência médica (GARCIA et al., 2018; JUNIOR, 2014; SARTI et al., 2018).

A estrutura física pode ser considerada um elemento dificultador para a inserção do residente nas USF. No entanto, apesar de serem importantes, podem não ser consideradas limitantes, desde que ocorra bom gerenciamento da manutenção da estrutura e dos processos de trabalho nas USF (RIBEIRO, 2009).

É referido nas entrevistas dos gestores que, ao reestruturar o Núcleo de Educação Permanente da secretaria de saúde, o município está refazendo os convênios com as IES. Há, inclusive, definição de contrapartidas das IES privadas em insumos consumidos durante as atividades de ensino nas unidades do município. Essa é apontada como uma das possíveis causas da resistência, por parte das IES, em não formalizar os devidos acordos ou aderir a certas cláusulas contratuais, uma vez que os recursos do município são limitados e podem gerar possíveis quebras de contratos.

Entretanto, referem que formalização dos convênios, via contrato, dão maior segurança em garantir as responsabilidades de ambas as partes. Essas contrapartidas permitem prover melhores condições técnicas para o ensino nas unidades de saúde.

O terceiro aspecto envolve a resistência dos profissionais, que são atuantes nas equipes de estratégia de saúde da família, em receberem esses residentes ou de repassarem suas responsabilidades a estes e seus preceptores, se ausentando do serviço e das suas atividades laborais.

Essa **falta de entendimento** do próprio profissional de saúde sobre o que é residência, essa é uma dificuldade que às vezes, por não saber, **eles têm a resistência** em acolher aquele residente, e também muitas vezes da comunidade porque muitas vezes eles não entendem quem é quem ali naquele processo (G2).

Uma das fragilidades que foi colocada é a questão do **preceptor ele estar assumindo a função do profissional lotado na equipe**. Vamos supor, o preceptor está lá todas segundas-feiras de manhã, então o profissional que deveria estar lá na unidade e que é o responsável pela unidade, ele **se ausentava e deixava a responsabilidade** de todas as questões relativas a equipe e ao cargo dela sob a responsabilidade do docente (G1).

Pode-se inferir essa necessidade levantada pelos gestores e preceptores também por alguns deles exercerem função dupla ou tripla nesse processo. Os entrevistados são servidores do município, que atuam ou atuaram na assistência da APS do município (portanto trazem a demanda do serviço em suas vivências). Alguns estão com cargos de gestão de serviços e processos da atual gestão municipal

(coordenadores de distrito, educação permanente e outras funções) e, em paralelo, foram ou são docentes de alguma IES que utilizam o município como cenário de prática.

Essas vivências relatadas nas falas dos gestores podem apontar para as entidades envolvidas, enquanto pessoa jurídica, a necessidade de se formalizar, através de convênios ou contratos, os devidos papéis de cada ator nessa relação entre servidores, docentes e gestores. O contrato pode até normatizar, inclusive, os possíveis conflitos de interesse entre os profissionais com duplo vínculo entre esse binômio ensino-serviço, a fim de que se obedeça às obrigações funcionais de cada instituição.

5.4 Fortalecendo a integração para formação na residência

Ciente das fragilidades e dificuldades que ainda envolvem o processo formativo da residência, os participantes foram questionados quanto aos aspectos que poderiam fortalecer essa integração. As ideias apresentadas deram origem a duas perspectivas de atuação que fortaleceriam esse processo: a primeira refere-se à efetivação da comunicação, da relação, da regulamentação e do real entendimento que a gestão precisa ter acerca da residência médica.

A gente precisa fazer com que a **gestão entenda a importância da residência**, em especial, a importância da residência de medicina de família. Esse entendimento deve vir por parte da gestão e da academia, a **valorização** dos dois no sentido de estruturar bem, de fornecer formação (P1).

A gente deve **fortalecer** esses momentos de **comunicação entre a gestão e o ensino**, e que esses momentos não se limitem só a gestão e o ensino, mas também ter um momento de avaliação com o serviço (G1).

Eu acho que precisa realmente essa **regulamentação** para que fique bem claro os papéis e quem está lá na ponta também possa entender como é isso, como é que fica pra **valorizar**, você não valoriza aquilo que você não conhece (G4).

Na fala dos entrevistados, ressalta-se a importância de incluir no processo de gerenciamento do programa a participação de integrantes das equipes que acolhem o residente. Esse distanciamento das equipes dificulta o desenvolvimento dos demais integrantes que não participam dos programas, inclusive o controle social e a inclusão

destes na adesão de novas práticas no processo de trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GARCIA et al., 2018; JUSTINO et al., 2016).

A participação destes no envolvimento avaliativo do programa, conforme os autores acima referenciados, promoveria uma maior integração das equipes ao ter o conhecimento do que está sendo desenvolvido ali, dando ideia de pertencimento ao processo. As falas dos gestores nos remetem a compreender que a integração existente pouco reflete em novas práticas, ou aperfeiçoamento do processo de trabalho, devido ao fato de não integrar os demais profissionais nas equipes e que uma maior integração favoreceria essa integralidade.

Ceccim e Feuerwerker (2004) adicionam ao conceito de educação na saúde a participação do controle social, formando o “quadrilátero para formação para área da saúde” (ensino, gestão, serviço, e controle social). Em sua análise, essa associação forma um processo de mudanças na realidade com maior vigor político, onde cada face impõe sua perspectiva de necessidade. Sendo assim, além da inclusão dos profissionais do serviço no processo de construção e avaliação na problemática de integração da residência médica, a participação do controle social, tais profissionais contribuiriam de forma positiva nesse processo, inclusive deliberando no conselho municipal de saúde aporte de mais recursos financeiros para esta iniciativa.

No relato dos gestores e dos preceptores, destaca-se em comum os elementos que apontam a necessidade de integração e diálogo permanente entre o sistema de ensino e a gestão para as mudanças e para as melhorias na saúde da população.

O desenvolvimento de sistemas de saúde formadores de seus recursos humanos é considerado essencial para que ocorra uma reforma, tanto no sistema educacional, quanto no sistema de saúde. Embora sejam esforços extremamente importantes, em suas especificidades, argumenta-se que, sem um sistema acadêmico de saúde forte, nem a educação setorial nem as reformas de saúde serão bem sucedidas (FRENK et al., 2010).

Tanto a academia quanto os sistemas de saúde devem ser harmonizados entre si para atingir seus objetivos em comum, visto que, a academia ou o sistema educacional deve produzir os profissionais de saúde que serão os principais atores com formação primordial para garantir a distribuição, a qualidade e a acessibilidade dos sistemas de saúde. Em contrapartida, os sistemas de saúde, independentemente

do formato de sua reformulação, não podem ser bem-sucedidos sem uma força de trabalho adequadamente instruída (CHEN, 2013; FRENK et al., 2010).

Chen (2013) relata que na China, em meados dos anos noventa e 2000, houve necessidade de passar por duas reformas simultâneas gradativas para se adequar ao seu desenvolvimento econômico, modernizando o sistema educacional em paralelo com o sistema de saúde, a fim de otimizar recursos e universalizar a assistência, principalmente dos mais vulneráveis socialmente.

Nesse processo de reforma, o sistema educacional foi estimulado a problematizar as necessidades do sistema de saúde enquanto se reestruturava o sistema de saúde, determinando em uma “reforma baseada nos sistemas” (analogia ao método de ensino “Aprendizagem Baseada em Problemas”), promovendo harmonia e integração entre os dois sistemas e causando uma reforma impactante baseada em competências, denominando “sistemas de saúde escola”, uma vez que, reiterava o tripé universitário: ensino, pesquisa e extensão (ou serviços).

Esta experiência reitera a necessidade do sistema de saúde em reconhecer sua problemática e demandar de forma integrada com sistema de ensino na saúde, preferencialmente, sendo o próprio agente formador para atingir os objetivos citados nas falas acima. No Brasil, essas iniciativas foram relatadas, principalmente, após o processo de implantação da ESF em realidades próximas de Juazeiro do Norte, inclusive dentro do Estado do Ceará, que serão detalhadas a seguir.

A iniciativa de Sobral – CE apresentou como solução para formação de recursos humanos na saúde com o desenvolvimento do Sistema Saúde Escola em 1997, frente ao desafio da implantação do novo modelo assistencial à saúde, que estava se implantando à aquela época com o Programa Saúde da Família (antes da criação da PNEPS em 2004) e, posteriormente, a criação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em 2001 (BARRETO et al., 2000; SOARES et al., 2008; TORRES, 2012).

Essa Escola é responsável por organizar e regular a demanda de estágios, visitas técnicas, formação de preceptores/docentes, credenciamento de programas de residência (médica e multiprofissional) e outros. Atualmente, além das residências, ela é responsável por formação dos demais profissionais da saúde em consonância à PNEPS (BARRETO et al., 2000; SOARES et al., 2008; TORRES, 2012).

No município de Fortaleza, após a implantação da ESF em 1998, avançou de 15% de cobertura populacional para 37,8% em 2008, e apresentava dificuldades em

organizar sua rede de serviços associada a um déficit de especialistas em APS (médicos e demais profissionais da saúde) (FORTALEZA, 2018a; RIBEIRO, 2009).

Em 2005, a gestão municipal protagonizou a organização de sua rede de serviços de saúde coordenados pela ESF, desenvolvendo o Sistema Municipal Saúde Escola, o qual expandiu formação de especialistas em MFC, sediando seu próprio programa de residência médica em MFC, ao mesmo tempo em que ampliava a cobertura populacional pela ESF, com inovações e boas práticas para soluções de problemas da população em APS. A conjuntura política municipal à época favoreceu esse processo de implantação (RIBEIRO, 2009).

Neste último ano, a prefeitura de Fortaleza formalizou um plano financeiro de gratificação de residentes, com complemento de bolsas, para que se aproxime à remuneração do profissional da atenção básica do município, como forma de incentivo à formação da especialidade de MFC (FORTALEZA, 2018b).

Os espaços da RAS do município compõem um ambiente de educação permanente, em consonância com a problemática oriunda das necessidades de saúde, com participação do controle social nas decisões elaboradas pelo Sistema Municipal Saúde Escola. Atualmente, o município conta com outros processos formativos, em outras especialidades em rede, conveniados a SESA e seus demais programas de residência sediados no município, porém pertencentes à rede estadual de saúde (FORTALEZA, 2018a).

Ao ponderarmos as dificuldades levantadas pelos preceptores e pelos gestores, observa-se caminhos que apontam para soluções que contribuem para superar esses desafios de desenvolver uma política de integração ensino-serviço voltada para residência médica em MFC. O processo de implantação de uma residência médica potencializa mudanças no modelo assistencial à saúde com a ESF no eixo central do cuidado integral ao indivíduo, ao núcleo familiar e à comunidade, estruturando as RAS no município de Juazeiro do Norte. Tais ponderações serão base para elaboração do plano de intervenção deste estudo.

Observando as experiências de implantação e gestão dos programas de residência médica em MFC relatadas neste estudo, os fatores que merecem maior destaque para melhoria do processo de desenvolvimento dos programas de integração ensino-serviço foram:

- Apoio institucional pelo poder público em organizar a demanda de integração de ensino aplicado às necessidades dos serviços de saúde, inclusive credenciamento dos programas pela secretaria de saúde do município ou do estado, e formação de suas próprias COREMEs;
- Incentivos financeiros para remuneração e formação de preceptores, bolsa de residente diferenciada (complemento de bolsa) como política de incentivo.
- Regulamentação e formalização dos convênios entre as IES e o poder público para uso dos estabelecimentos de saúde como campo de práticas e gerenciamento de recursos humanos no processo de docência em serviço (preceptoria).

Esses aspectos identificados foram inspiradores para a elaboração do Plano apresentado a seguir.

6 PLANO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM MFC

Na perspectiva de fortalecer um processo formativo, que atenda as demandas do SUS com foco para as necessidades da população, anuncia-se o Plano de Integração Ensino-Serviço para Formação na Residência Médica em MFC, advindo das reflexões produzidas neste estudo. A síntese desse plano pode ser visualizada na figura 3.

AÇÕES:

1. Instituir uma Coordenação Integrada de Residência Médica junto ao Núcleo de Educação Permanente, da Secretaria de Saúde do município de Juazeiro do Norte;
2. Elaborar um plano de melhorias e adequações dos cenários de prática, que favoreçam o desenvolvimento técnico-científico de práticas inovadoras na RAS no município;
3. Propiciar meios para formalização de um COAPES entre o município e as IES (e estabelecimentos de saúde), que possuem programas de residência médica credenciados;
4. Incentivar a formação de preceptores e o reconhecimento e valorização desses profissionais com ênfase ao desenvolvimento de políticas direcionadas para o exercício dessa função.

ESTATÉGIAS:

1. Criação de um Colegiado Gestor, o PRMMFC, formalizado via portaria municipal para integrar os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem do programa, estreitando os canais de comunicação, instituindo reuniões ordinárias mensais ou bimestrais, segundo o regimento interno pré-estabelecido de acordo com CNRM e auxílio técnico com as entidades médicas como Associação Cearense de Medicina de Família e Comunidade – ACEMFC e Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE.

2. Validação junto ao Conselho Municipal de Saúde, com os devidos representantes sociais, e apresentação do plano de aperfeiçoamento do SUS municipal para formação de recursos humanos como complemento do Plano Municipal de Educação Permanente para o aperfeiçoamento de profissionais de saúde, destacando os médicos na modalidade de residência médica, bem como o direcionamento de recursos humanos e financeiros advindos pelo MS, como as verbas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e demais incentivos que possam surgir.
3. Formação de um grupo de trabalho entre os atores envolvidos na gestão desse processo de integração ensino-serviço voltado para residência médica, com a finalidade de elaborar jurisprudência para concretização do COAPES, conforme a Portaria Interministerial MS/GM 1124/2015, que rege sobre as tratativas do tema quanto às responsabilizações e atribuições de cada ente envolvido no processo, com destaque para o processo de formação dos profissionais da saúde na pós-graduação no município na modalidade de residência médica (BRASIL, 2015).
4. Cadastrar os médicos especialistas em MFC no município e as USF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES como unidades vinculadas ao PRMMFC, que possuem preceptores e residentes em MFC para fim de aquisição de incentivos financeiros – Portaria de Consolidação MS/GM 02/2017 art. 50 ao art. 58 – tanto para remuneração profissional como melhorias na infraestrutura das mesmas (BRASIL, 2017a).
5. Formar, através da parceria com as IES e demais instituições de ensino, curso de formação em preceptoria em residência no SUS, com apoio matricial de serviços já credenciados na rede de residências vinculado a SESA e a ESP/CE.

PARCEIROS:

1. IES (e estabelecimentos de saúde com finalidade de ensino na saúde) da região do Cariri, sobretudo as que já possuem PRM credenciados com suas respectivas COREMEs.
2. Núcleo jurídico da SMS/JN, secretária de saúde, diretor geral da Estácio-FMJ, Reitor da UFCA ou diretor da Faculdade de Medicina de Barbalha (UFCA), Coordenador da COREME do Hospital Regional do Cariri.

3. Coordenação Estadual de Residência Médica.
4. Colaboradores de outras coordenações de residência médica do Estado do Ceará (Fortaleza, Sobral e outros).

PRAZOS:

1. Formar o colegiado gestor: 30 dias;
2. Validação junto ao Conselho Municipal de Saúde e demais ações: 60 dias;
3. Formar grupo de trabalho para discussão do COAPES: 60 dias;
4. Cadastrar especialistas/preceptores e USF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES: 30 dias;
5. Formar parceria com as IES para elaborar um plano de formação de preceptores e estruturação do plano de carreira docente no SUS: 90 dias.

AValiação E MONITORAMENTO:

1. Número de reuniões do Colegiado Gestor;
2. Parecer ou resolução do CMS aprovando o Plano de Integração Ensino-Serviço – PIES;
3. Assinatura e renovação do COAPES;
4. Número de preceptores atuantes no município cadastrados no SCNES;
5. Número de médicos capacitados no curso de preceptoría.

Figura 3: Plano de fortalecimento da integração ensino-serviço na Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte, CE.



Fonte: o autor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, alguns aspectos merecem ser destacados no sentido de conduzir uma reflexão final, bem como apontar encaminhamentos futuros.

A vivência dos preceptores no processo de docência em serviço no PRMMFC, neste estudo, nos revela o quanto a inserção do aprendiz na especialidade promove mudanças, que vão desde a motivação dos profissionais envolvidos com o processo de ensino do residente até a implantação e o aperfeiçoamento de novas práticas na APS, assim como indutor de melhorias na infraestrutura e no processo de trabalho nas equipes de ESF.

A dificuldade de contato com os egressos do PRMMFC da Estácio-FMJ impediu de incluí-los no estudo, podendo acrescentar dados relevantes à problemática do tema.

A dificuldade de gestões passadas em organizar o uso dos serviços de saúde do município como campos de práticas das diversas IES na região, desencadeou problemas nos marcos regulatórios dessas atividades. É de se destacar de forma positiva o fato da SMS/JN ter criado recentemente o Núcleo de Educação Permanente e ter regulamentado os estágios e as pesquisas dos cursos de graduação no município, apesar da resistência de algumas IES em aderir à nova política de estágios e pesquisa. Esse novo formato nos dá abertura para aperfeiçoar essa estrutura para a RM.

O reconhecimento de atividades docentes dos preceptores do PRMMFC pela gestão ainda é um desafio no tocante à preservação destes para exercer atividade docente-assistencial, apesar da gestão destacar esse papel exercido por eles. A criação de uma carreira docente, uma política de incentivos financeiros no processo de formação de residentes na SMS/JN potencializaria o aproveitamento dos recursos humanos já existentes na rede na integração ensino-serviço, podendo desenvolver atividades de pesquisa e inovação em práticas e tecnologias na APS trazidas durante o desenvolvimento do PRMMFC.

A comunicação deficiente entre a gestão municipal e a Estácio-FMJ, no tocante à RM, é muito falha e quase inexistente, dificultando uma definição de prioridades e atribuições entre os envolvidos nesse processo de ensino em serviço. Ao promover uma Coordenação Integrada de Residência Médica, os atores

envolvidos no processo teriam mais oportunidades em compartilhar suas devidas prioridades para atingir melhores objetivos na prática assistencial à população.

Uma RM no serviço de saúde, conforme visto neste estudo, promove impacto assistencial positivamente, quando devidamente estruturado pelo poder público (SUS local), uma vez que este é o principal beneficiário ao qualificar a prestação de serviços à saúde da população assistida, após a implantação dos PRMMFC, apesar dos desafios de tal implantação. Promover uma política de incentivos financeiros como complemento de bolsa do residente e gratificação por desempenho docente dos preceptores no serviço tornariam o processo seletivo para novos residentes e a adesão de preceptores mais atrativos para essa atividade, podendo até o município protagonizar a gestão desse processo e até credenciar seu próprio PRMMFC integrado com os demais em rede.

O plano proposto tem como objetivo aperfeiçoar e fortalecer esse processo de integração ensino-serviço centrado nas principais demandas levantadas pelos informantes-chave. Esses dados apontam para o caminho de iniciar o referido processo de integração e desencadear demais iniciativas que possam vir no futuro, como outros programas de residência em saúde que possam utilizar a rede de serviços de saúde do município de Juazeiro do Norte.

É salutar destacar as reflexões que o estudo deixa para o pesquisador, como profissional do serviço, como membro da residência, especificamente no sentido do desejo de contribuir para um aperfeiçoamento desse processo.

Aponta-se como perspectiva futura, uma validação do plano junto aos informantes-chave para que, a partir de um olhar desses atores, o mesmo possa ser aperfeiçoado e implementado na realidade estudada.

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**, v. 32, p. 356–362, 2008.

ALESSIO, M. M. et al. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 633–667, jun. 2016.

ANJOS, R. M. P. DOS et al. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 172–183, mar. 2010.

ARNEMANN, C. T. **Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico**. Tese de doutorado—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRETO, I. C. DE H. C. et al. A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL: UM ANO FORMANDO ESPECIALISTAS EM LARGA ESCALA. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 2, n. 3, 2000.

BOTTI, S. H. DE O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363–373, set. 2008.

BOTTI, S. H. DE O.; REGO, S. T. DE A. Clinical teacher: the complex role of the preceptor in medical residency. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65–85, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=535-decreto-80281-05091977&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: fev. 2019. 1977.

BRASIL. Lei n. 6.932. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 9 jul. 1981, Sec. I, p. 12789.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório final**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: jul. 2017. 2001.

BRASIL. **Conheça a secretaria - SGTES**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgtes>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Departamento de Residência e Projetos especiais na Saúde. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 59 - 61, 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=511-resolucao-cnrm-02-07072005&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: fev. 2019. 14 jul. 2005 a, Sec. I.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Portaria Interministerial MS/MEC 2118, de 3 de novembro de 2005. Estabelece cooperação técnica entre MEC e MS na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf>. Acesso em: jul. 2017. 4 nov. 2005 b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 23-36, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/05/2006&jornal=1&pagina=23&totalArquivos=160>>. Acesso em: fev. 2019. 19 maio 2006 a.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1785, de 5 de abril de 2006. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 135-139. 26 maio 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2013. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: fev. 2019. 13 jun. 2013 a, Sec. 1, p. 59.

BRASIL. Lei nº 12.871. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 22 out. 2013 b, Sec. I, p. 1–4.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: jan. 2017. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria interministerial nº 1.124 de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/08/2015&jornal=1&pagina=193&totalArquivos=304>>. Acesso em: fev. 2019. 5 ago. 2015, Sec. 1, p. 193–196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 61, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 13 mar. 2019. 3 out. 2017 a.

BRASIL. **Residência médica**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&>. Acesso em: 26 nov. 2017b.

BROWN, J. B.; WESTON, W. W. O método de educação médica centrada no educando. In: STEWART, M. et al. (Eds.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 187–204.

BURLEY-ALLEN, M. **Listening: The forgotten skill. A self teaching guide**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1995.

CABRAL, P. E. et al. The health system and the community as vectors for the preparation of health professionals: the medical course at Uniderp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 374–382, set. 2008.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513–518, dez. 2013.

CAMPOS, F. E. DE; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, p. 133–142, 2001.

CAMPOS, G. W. DE S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 187–194, 1999.

CASSANDRE, M. P. **Metodologias intervencionistas na perspectiva da teoria da atividade histórico-cultural: um aporte metodológico para estudos organizacionais**. Tese de doutorado—Curitiba: Universidade Positivo, 2012.

CASTELLANOS, P. **Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun Condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar**. Washington DC: OPAS, 1994.

CASTELLS, M. A. et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 461–469, set. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, jun. 2004.

CELEDÔNIO, R. M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, 23 out. 2012.

CHEN, L. C. Why academic health systems? **Journal of Evidence-Based Medicine**, v. 6, n. 2, p. 69–70, 2013.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2729–2738, 2016.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2ª ed. São Paulo: [s.n.].

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. DE; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1613–1624, 2013.

DOMINGOS, C. M. et al. Potential of multiprofessional residency for family healthcare: the view of healthcare workers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1221–1232, dez. 2015.

ESTÁCIO FMJ. **Projeto político pedagógico do curso de residência médica em medicina família e comunidade**. Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, , 13 jan. 2012. . Acesso em: 17 set. 2018

FERRAZ, F. et al. Management of financial resources of permanent education in health: challenge of the in-service learning integration committees. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 18, n. 6, p. 1683–1693, jun. 2013.

FERREIRA, N. M. **O desafio da mudança: analisando a intervenção realizada na residência de Medicina de Família e Comunidade da UFU**. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (política e gestão em saúde)—Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2017.

FORSTER, A. C. **Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999-2000**. text—[s.l.] Universidade de São Paulo, 23 nov. 2004.

FORTALEZA. **PLANO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 2018 - 2021** (M. I. T. Timbó et al., Eds.), 2018a.

FORTALEZA. Poder executivo. Gabinete do Prefeito. Lei Nº 10.763, de 03 de julho de 2018. Cria a Bolsa Complementar de Estudo e Pesquisa para Residente da especialidade Médica de Medicina de Família e Comunidade, no âmbito do Município de Fortaleza, na forma que indica. **Diário Oficial do Município**. Fortaleza, CE. 5 jul. 2018 b, p. 20–21.

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817–1828, jun. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, 4 dez. 2010.

GARCIA, A. P. et al. Preceptoría na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–8, 20 mar. 2018.

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

GILCHRIST, V. J.; WILLIAMS, R. L. Key informant interviewing. In: CRABTREE, B. F.; MILLER, W. L. (Eds.). **Doing qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999. p. 71–78.

GOOGLE. **Dicionário online - Pesquisa Google**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=dicion%C3%A1rio+online&ie=&oe=#dobs=integra%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 3 set. 2018.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 383–393, 2010.

HORII, C. L. **Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores**. Dissertação de mestrado—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

IBGE. **IBGE | Cidades | Ceará | Juazeiro do Norte**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230730&search=ceara|juazeiro-do-norte|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

JUAZEIRO DO NORTE. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. (J. P. K. Salmito, Ed.), 2017.

JUNIOR, N. L. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 300–303, 14 ago. 2014.

JUSTINO, A. L. A. et al. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, maio 2016.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

MACÊDO, N. B. DE; ALBUQUERQUE, P. C. DE; MEDEIROS, K. R. DE. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 379–401, 2014.

MACHADO, M. DE F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335–342, abr. 2007.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Fundamento de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MASSUDA, A.; CUNHA, F. M. DA; PETTA, H. Residência médica: contribuições dos médicos residentes ao debate. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, p. 96–97, 2007.

MATTOS, R. A. DE. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. [s.l.] CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 43–68.

MENDES, E. V. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: _____ (Ed.). **Uma agenda para saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996a.

MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996b.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5,

p. 2297–2305, ago. 2010.

MICHAELIS ONLINE. **Integração**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/integra%C3%A7%C3%A3o/>>. Acesso em: 3 set. 2018.

MINAYO, M. C. DE S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MUELLER, V. **O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária: saberes e impressões na perspectiva do usuário**. Dissertação de mestrado—Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

NETO, P. P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 192–194, 5 mar. 2014.

OLIVEIRA, J. F. M. DE et al. Educação Permanente em Saúde como estratégia balizadora do processo de formação em saúde: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 171–186, 14 jul. 2017.

OMS. **Declaração de Alma-Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 7 out. 2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PETTA, H. L. **Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRORESIDÊNCIA)**. Dissertação de mestrado—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 72–79, mar. 2013.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M. P.; THIOLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, v. 39, n. 4, p. 3–13, 31 dez. 2016.

PIZZINATO, A. et al. Integration between learning and health services as a strategy for professional training in the Unified Health System. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 170–177, mar. 2012.

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação de implantação de programa de residência em medicina de família e comunidade de larga escala em capital do nordeste**. Dissertação de mestrado—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.

ROCHA, M. L. DA; AGUIAR, K. F. DE. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64–73, 2003.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SANNINO, A. Activity theory as an activist and interventionist theory. **Theory & Psychology**, v. 21, n. 5, p. 571–597, 1 out. 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. DE. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671–1680, mar. 2011.

SARTI, T. D. et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–12, 17 abr. 2018.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–5, 9 maio 2018.

SCHENSUL, J. J. Key informant. In: ANDERSON, N. B. (Ed.). . **Encyclopedia of health & behavior**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004. v. 1p. 569–571.

SILVA, M. A. M. DA et al. The national reorientation of vocational healthcare training (Pro-Saúde) and encouragement of inclusion of differentiated learning scenarios within dentistry courses in Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 707–717, set. 2012.

SILVA, A. C. E; GRISI, S. J. F. E. Da medicina familiar no século XX ao saúde da família nos nossos dias. In: SILVA, A. C. E (Ed.). . **Saúde da Família, Saúde da Criança: a resposta de sobral**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 19–50.

SOARES, C. H. A. et al. SISTEMA SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL-CE. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, 16 jul. 2008.

SOARES, R. DE S. et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Revista Brasileira de Medicina de**

Família e Comunidade, v. 13, n. 40, p. 1–8, 12 abr. 2018.

STORTI, M. M. T. et al. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1301–1314, 2017.

TOKASHIKI, C. S. et al. **Análise de Processos de Avaliação e Acreditação de Escolas Médicas no Brasil e no Mundo**: Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório II. São Paulo: MS/FMUSP/HAE/HSL, 2013.

TORRES, J. M. **Colaboração Interprofissional no Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral**. Dissertação de mestrado—Sobral: Universidade Federal do Ceará, 2012.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface comun. saúde educ**, v. 20, n. 59, p. 1015–1025, dez. 2016.

WARREN, K. WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, EDINBURGH. **The Lancet**, Originally published as Volume 2, Issue 8608. v. 332, n. 8608, p. 462, 20 ago. 1988.

ZAMBON, Z. L. L. **Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: um paradoxo?** Dissertação de mestrado—São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2015.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. **Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa**. [periódico na internet]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/integracao-ensinoservico-no-contexto-das-escolas-medicas-brasileiras-revisao-integrativa/16087?id=16087&id=16087>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4241–4248, dez. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA DIRECIONADA AOS PRECEPTORES

Nome:

Idade:

Formação profissional:

Tempo na preceptoria:

1. Me fale sobre suas vivências no processo formativo dos residentes.
2. Me fale sobre como você percebe os campos de práticas.
3. Me fale sobre como se dá a integração ensino-serviço no contexto da residência.
4. Me fale sobre quais momentos formativos promovem a integração ensino-serviço.
5. Me fale sobre como a integração ensino-serviço contribui na formação dos residentes.
6. Me fale sobre quais os principais aspectos que facilitam essa integração ensino-serviço.
7. Me fale sobre em quais aspectos precisa-se avançar para efetivar a integração ensino-serviço na residência.
8. Que outros aspectos você gostaria de mencionar relacionados a essa temática.

APÊNDICE B - ENTREVISTA DIRECIONADA AOS GESTORES

Nome:

Idade:

Formação profissional:

Cargo na gestão:

Tempo na gestão:

1. Me fale sobre como tem acontecido a integração ensino serviço no município.
2. Me fale que aspectos na sua opinião deveriam ser contemplados para uma efetiva integração ensino-serviço com foco na formação de residentes.
3. Me fale sobre os aspectos que, na sua opinião, pode dificultar a integração ensino-serviço nesse contexto de formação (residência médica).
4. Me fale de como essa integração (residência médica) pode ser fortalecida aqui no município.
5. Me fale como se dá a relação da gestão com a coordenação da Residência para a integração ensino-serviço.
6. Que outros aspectos você gostaria de mencionar relacionados a essa temática.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr (a):

Eu, **Anderson Milfont Feitosa de Oliveira**, mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz, sede Ceará, estou desenvolvendo um estudo de intervenção intitulado “**A integração ensino-serviço para formação da residência médica**” e sua colaboração será da maior importância para a realização do mesmo. Assim, você está sendo convidado a participar deste estudo que tem como objetivo: **Elaborar uma proposta de integração ensino-serviço para a formação na Residência em Medicina de Família e Comunidade.**

Sua colaboração consistirá em participar de uma entrevista semi-estruturada a qual objetiva tratar do tema integração-ensino serviço. Após esse momento, esse material analisado, subsidiará uma proposta de integração ensino-serviço para a residência médica no município de Juazeiro do Norte-CE a ser apresentado em momento oportuno aos envolvidos neste processo.

Os riscos de participação neste estudo serão minimizados, no momento em que, as informações obtidas serão confidenciais, seu nome será mantido em sigilo na divulgação do estudo e serão evitados quaisquer constrangimentos, quer seja na escuta qualificada ou no produto deste estudo como publicações, oficinas ou reuniões.

A sua participação no estudo é voluntária, tendo a liberdade de desistir em qualquer fase do estudo caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir de participar do estudo.

Se tiver alguma dúvida a respeito do objetivo do estudo pode procurar o autor responsável Anderson Milfont Feitosa de Oliveira, residente na Rua Genário de Oliveira, 507, Bairro Lagoa Seca, Juazeiro do Norte-CE, CEP: 63040-260. CEL:88-981283182

Saliento que este estudo será submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é um órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados, é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as intervenções/pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito.

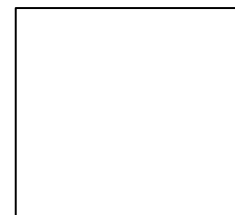
Assim, se houver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, pode entrar em contato com CEP da Universidade Regional do Cariri-URCA através do endereço: Rua Cel. Antônio Luís, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE, Fone: (88) 3102.1212 / 3102.1204 - E-mail: urca@urca.br

Ao final do estudo, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo do mesmo, podendo discutir junto ao autor.

Se o(a) senhor(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste termo.

Juazeiro do Norte – CE , _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Autor

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pesquisa: A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA FORMAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o(a) senhor(a) _____, portador do documento de identificação _____, declara que após leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa e por estar de acordo assina o presente termo.

_____, CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos sobre promoção da saúde nos ambientes educacional e de trabalho

Pesquisador: Maria Rosilene Cândido Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65520617.0.0000.5055

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI-UFCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.973.784

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "Promoção da Saúde no ambiente de trabalho: estudo das ações desenvolvidas e competências requeridas", cujo objetivo geral é "conhecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e analisar as competências em promoção da saúde do trabalhador que vem sendo desenvolvidas nos cursos de graduação afins, assim como as desenvolvidas pelas equipes de atenção à saúde do trabalhador nos estabelecimentos de saúde, pautando-as nas competências formativas essenciais requeridas aos agentes promotores envolvidos. Para isso, deseja-se desenvolver uma Matriz de Competências em Promoção da Saúde do Trabalhador, a qual será desenvolvida e validada mediante essa pesquisa. Parte-se da premissa de que as ações de promoção da saúde nos ambientes educacional e de trabalho podem ser alcançadas mediante o desenvolvimento de competências por parte dos agentes promotores de saúde, especialmente aqueles que compõem os SESMT, as CIPA e demais grupos responsáveis por tais ações, assim como os profissionais em seus processos formativos, como relevante estratégia para a criação conjunta de ambientes de trabalho saudáveis e sustentáveis que visem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, numa perspectiva crítica, reflexiva e emancipadora, pautada na aprendizagem baseada em competências. Esta proposta de investigação constituirá uma pesquisa documental e de campo, de natureza exploratório-descritiva, com abordagem mista. Os dados quantitativos serão digitados e analisados estatisticamente através do software IBM (SPSS), versão

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 03.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIPI - URCA



Continuação do Parecer: 1.873.786

23.0. Serão efetuados cálculos de frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central e dispersão (média, moda e desvio padrão). Para os dados qualitativos, estes serão transcritos para o Programa IRAMUTEQ. Neste estudo, os textos serão transcritos e categorizados conforme os domínios e competências expressos no vocabulário dos respondentes, para então serem confrontados com a literatura revisada e possibilitarem a interpretação dos resultados com sustentação no referencial teórico do CompHP.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações de saúde desenvolvidas nos ambientes de trabalho e os processos formativos dos profissionais de saúde e áreas afins, com ênfase no desenvolvimento de competências essenciais em promoção da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os significados de promoção da saúde e de competências na perspectiva dos docentes e trabalhadores envolvidos;

Identificar as temáticas relacionadas a promoção da saúde abordadas nos cursos de graduação e nos ambientes de trabalho;

Enumerar ações de promoção da saúde realizadas no cotidiano dos trabalhadores e previstas nos planos de ensino dos componentes curriculares afins, ofertadas nos cursos relacionados;

Identificar referenciais teóricos e aportes metodológicos que orientam o ensino da promoção da saúde e as ações de promoção da saúde realizadas no ambiente laboral;

Listar as competências essenciais que compõem o arcabouço teórico dos agentes envolvidos em ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e no ensino profissionalizante;

Elaborar matriz de competências em promoção da saúde no ambiente educacional e de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos e benefícios que contemplam os aspectos éticos necessários para Pesquisa com Seres Humanos. Além disso, existe uma ponderação entre riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos princípios éticos básicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa atende aos princípios éticos básicos.

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA**



Continuação do Parecer: 1.073.784

Recomendações:

Alterar o título do projeto de pesquisa nos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido que foram apresentados, bem como no projeto de pesquisa, pois o mesmo não coincide com o título do projeto submetido à Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_867776.pdf	24/02/2017 17:47:52		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaUrca.PDF	24/02/2017 17:11:54	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaSCamilo.pdf	24/02/2017 17:11:42	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaHemape.pdf	24/02/2017 17:11:28	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceGRoteiroEntrevistaGrupoB.docx	24/02/2017 17:11:05	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceFRoteiroEntrevistaGrupoA.docx	24/02/2017 17:10:49	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceEInqueritoCompetenciasTrabalho.docx	24/02/2017 17:10:24	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceDInqueritoCompetenciasEducacional.doc	24/02/2017 17:10:02	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceAConviteJuizes.docx	24/02/2017 17:06:22	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceCTCLEGruposAeB.docx	24/02/2017 17:05:59	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceBTCLEJuizes.docx	24/02/2017 17:05:44	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPDocCEP.docx	24/02/2017 17:05:31	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
 Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
 UF: CE Município: CRATO
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Processo: 1.073.794

Folha de Rosto	FolhadedeRostoProjetoPDoc.pdf	24/02/2017 15:48:30	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aosito
----------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 20 de Março de 2017

Assinado por:

Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Lúiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (86)3102-1212

Fax: (86)3102-1291

E-mail: csp@urca.br