

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ALINE ZELLER BRANCHI

**O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional de um complexo de
serviços de saúde público**

**Porto Alegre
2020**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ALINE ZELLER BRANCHI

O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional de um complexo de serviços de saúde público

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Área da concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

CIP - Catalogação na Publicação

Branchi, Aline Zeller
O perfil dos egressos da Residência
Multiprofissional de um complexo de serviços de saúde
público / Aline Zeller Branchi. -- 2020.
119 f.
Orientadora: Jussara Maria Rosa Mendes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Residência Multiprofissional em Saúde. 2.
Inserção Profissional. 3. Formação Profissional em
Saúde. 4. Prática Profissional. 5. Sistema Único de
Saúde. I. Mendes, Jussara Maria Rosa, orient. II.
Titulo.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Este trabalho é dedicado à pessoa que me ensinou sobre humanidade, com exemplos de vida, desde que nasci. Dedico à minha mãe, Margarete Zeller Branchi.

AGRADECIMENTOS

Nada que é teu exagera ou deve ficar pela metade, já dizia Fernando Pessoa que, se é nosso, temos que botar-nos por inteiro, assim, esse caminho de agradecimentos abre-se não como um mero protocolo, mas como parte de mim e da minha trajetória.

Em primeiro lugar, manifesto minha gratidão por ter tido condições de acesso ao ensino público, plural e de qualidade. Mesmo que esse acesso não tenha sido fácil, infelizmente, devo reconhecê-lo, pois ainda é um privilégio de poucas e poucos. Fazer esse mestrado, em um momento em que as universidades públicas e as instituições públicas sofreram diversos ataques, descasos, censuras e cortes por quem deveria investir em uma educação para a nação, foi um ato de coragem e de resistência. Manifesto, então, minha admiração a essa Universidade Federal do Rio Grande do Sul que, por meio de um compromisso social, manteve-se forte conosco.

Ao saudar esta Universidade, fico grata ao PPGCOL e às minhas colegas de mestrado – que foram companhias e companheiras fundamentais nesses dois anos de estudo, que esbanjaram solidariedade, sororidade e afeto em anos difíceis, fazendo-me ter ainda mais fé nas pessoas, nos vínculos e na vida.

Gostaria de agradecer à minha instituição de trabalho, o Grupo Hospitalar Conceição, que me deu o incentivo garantido ao estudo em tempos melhores e construiu grande parte da atora social que me tornei, aflorando o meu melhor lado. Com isso, sinto-me feliz em agradecer às colegas, aos colegas, às amigas e aos amigos que fiz nesse lugar especial, as quais e os quais fazem e fizeram parte da construção de mim e desta pesquisa. Em especial, às colegas que foram colocadas à disposição após o Golpe, por questões partidárias, que me impulsionaram a formalizar esta pesquisa e mostraram-me que, quando existe um fruto rico, as sementes ficam e as histórias não são esquecidas.

Agradeço à Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição, cenário e impulso deste estudo, onde se tenta fazer uma formação para o SUS que garanta seus princípios e suas diretrizes, nos interiores dos serviços, em que a humanidade perpassa as relações e as técnicas. Dedico um carinho singular para todas as pessoas que compuseram essa história desde a criação até a atualidade.

Meu comprometimento, meu trabalho, meus estudos e meu afeto intensos ao Sistema Único de Saúde, nossa maior política pública brasileira, que tanto amamos e defendemos e que não poderia faltar nessas linhas de reconhecimento por me instigar a buscar sempre o melhor.

Agradeço minhas amigas de colégio, as melhores parceiras que poderia ter desde a infância, as quais são minha trajetória em si e onde tudo faz sentido: Aline, Daniele e Vanessa. Nomeando essas amigas que estão na parte mais cara do coração, referencio as amigas e os amigos de outros espaços: colégio, faculdade, grupos de vôlei e cursinho – que tornaram esses dois anos mais leves.

Meu agradecimento e meu amor à minha família, a qual tenho como um dos valores mais preciosos da existência e, em especial, à parte onde fica meu porto, meu pouso e minha sustentação – ao meu irmão, Roberto, e à minha mãe, Margarete, que são responsáveis pela criação que tive e pela mulher que veio dela. Estendo esse afeto ao meu ex-companheiro, Diego, que se tornou um leal amigo de vida que somente a maturidade dos sentimentos verdadeiros preserva – e aos nossos filhotes, uma família única, inclusiva e diversa, de cachorro, gatinhos e tartaruga. Aos meus fôlegos e minha aposta em um futuro mais humano e solidário: meus afilhados lindos, Benício, Gabriel e Vicente, sou grata por terem sido confiados ao meu amor.

Gostaria de agradecer à minha orientadora querida, sensível e maravilhosa, Jussara, por ter aceitado o desafio dessa parceria e pelo apoio e respaldo de nunca ter largado minha mão – mesmo após a mestrandia passar por uma separação, uma internação hospitalar, uma fratura, um afastamento em pleno período de qualificação a perda de uma das gatinhas amadas do seu coração, minha Afrodite, e, por último, uma gravidez não esperada na defesa. Ju, fostes a melhor companhia atenta e acolhedora que poderia ter nesses momentos de resistência.

Ao referenciá-la, meus agradecimentos mais pulsantes vão para aquelas e aqueles que, como nós duas, lutam por uma sociedade mais justa. É grande e árduo o desafio de representar quem não tem voz, aquela manifestação que já é cerceada no ventre magro e desesperançoso da mãe, no destino prescrito da desigualdade deste País. Ao olharmos para o lado, é importante acharmos forças coletivas que sustentam essa nossa batalha.

Por fim, agradeço às residentes e aos residentes, que trazem aquela satisfação que vai muito além das cifras e das palavras, daquelas realizações que não são compradas e comparadas, aquele tipo de retorno proporcionado por quem aposta e ama o ensino: a esperança no futuro. Vocês foram e são minha maior inspiração nesta pesquisa, no meu dia a dia e no amanhã. Esse incerto destino em que não importa onde estiverem – sei que estarão buscando aquele sistema e aquela sociedade pela qual tanto SUSpiramos.

*Não se pode escrever nada com indiferença.
Simone de Beauvoir*

RESUMO

O Grupo Hospitalar Conceição é um complexo de serviços de saúde que atende de forma exclusiva pelo Sistema Único de Saúde/SUS e possui assistência em todos os níveis de atenção. Sua Residência Multiprofissional forma profissionais há 16 anos e tem sete programas. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil sociodemográfico e de empregabilidade de egressos destes programas, no período 2004 até 2019, permitindo que o egresso fizesse uma avaliação da formação recebida. Método: estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. O questionário foi encaminhado e respondido pela internet. Os dados foram processados em planilhas do Programa Excel e foram analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, na Versão 16, por meio de medidas descritivas e teste Exato de Fisher expandido. A significância estatística adotada foi de 5% ($p < 0,05$). A população do estudo envolveu todos que concluíram o Programa entre 2004 e 2019, totalizando 279 participantes. Resultados: em relação ao perfil, 90,3% dos egressos são mulheres, 49% são solteiros e 57% nascidos no interior. Na empregabilidade, 93% dos egressos estão trabalhando, 90% consideram que a residência contribuiu para sua inserção, 74% possuem trabalho relacionado à formação, 49% têm vínculo público e 42% tem carga horária de até 36 horas. Homens ganham 36% a mais do que as mulheres. Houve significância estatística entre vínculo anterior e ocupação atual, assim como entre satisfação profissional e inserção na área de formação e remuneração. Os princípios do SUS são bem aplicados na prática profissional dos egressos. Na avaliação do curso, a avaliação geral ficou com 84% de ótimos e bons, os itens mais bem avaliados foram *Formação recebida* – com 97% (ótimos e bons); *Aprendizado* e *Conhecimentos práticos oportunizados* – ambos com 94% de ótimos e bons.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde. Internato e Residência. Inserção Profissional. Formação Profissional em Saúde. Prática Profissional, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Conceição Hospital Group is a health services complex that provides services exclusively through the Unified Health System/SUS, having assistance at all levels of care. Its Multiprofessional Residency has trained professionals for 16 years and has seven programs. The goal of this research was to identify the sociodemographic and employability profiles of graduates from these programs, in the period between 2004 and 2019, allowing the graduate to assess the training received. Method: exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The questionnaire was sent and answered over the internet. The data were processed in Excel spreadsheets and were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, Version 16, using descriptive measures and an expanded Fisher's exact test. The statistical significance adopted was of 5% ($p < 0.05$). The population of the study involved everyone who completed the Program between 2004 and 2019, totaling 279 participants. Results: regarding the profile, 90.3% of the graduates are women, 49% are single and 57% are born in the countryside. With respect to the employability, 93% of graduates are currently working, 90% consider that the residency program contributed to their insertion in the labor market, 74% have jobs related to their training, 49% have a public job and 42% have a workload of up to 36 hours. Men earn 36% more than women. A statistical significance has been found between previous employment and current occupation, as well as between job satisfaction and insertion in the area of training and remuneration. SUS principles are well applied in the professional practice of graduates. In the evaluation of the course, the overall evaluation was 84% excellent and good; the best rated items were Training received - with 97% (excellent and good); Learning and practical knowledge provided - both with 94% of great and good.

Keywords: Multiprofessional Residency in Healthcare. Internship and Residency. Professional Insert. Training in Healthcare, Professional Practice. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (GRÁFICOS)

Gráfico 1 – Naturalidade dos egressos da Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição

Gráfico 2 – Escolaridade atual dos egressos da Residência Multiprofissional do GHC

Gráfico 3 – Escolaridade das mães dos egressos da Residência Multiprofissional do GHC

Gráfico 4 – Escolaridade dos pais dos egressos da Residência Multiprofissional do GHC

Gráfico 5 – Comparação da ocupação dos egressos antes e após a RMS/GHC

Gráfico 6 – Egressos que trabalham na instituição que ofereceu a formação – Grupo Hospitalar Conceição

Gráfico 7 – Áreas de trabalho atual dos egressos da RMS

Gráfico 8 – Carga horária semanal de trabalho dos egressos

Gráfico 9 – Aplicação do princípio da universalidade na prática profissional dos egressos

Gráfico 10 – Aplicação do princípio da integralidade na prática profissional dos egressos

Gráfico 11 – Aplicação do princípio da igualdade na prática profissional dos egressos

Gráfico 12 – Aplicação do princípio da preservação da autonomia das pessoas na prática profissional dos egressos

Gráfico 13 – Aplicação do princípio da epidemiologia na prática profissional dos egressos

Gráfico 14 – Aplicação do princípio da participação da comunidade na prática profissional dos egressos

Gráfico 15 – O motivo de escolha deste Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Gráfico 16 – O que o egresso considerou como diferencial na formação recebida na RMS.

Gráfico 17 – Quais principais aspectos a formação deixou na vida do egresso da RMS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição e evolução de programas, profissões e vagas da RMS-GHC.

Tabela 2 – Distribuição da amostra representativa segundo nível de significância $\alpha=0,05$

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Tabela 4 – Empregabilidade geral dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do período 2004 – 2017 (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Tabela 5 – Relação do trabalho dos egressos com a área da Residência Multiprofissional em Saúde

Tabela 6 – Avaliação geral, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Tabela 7 – Avaliação do aprendizado durante o curso, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Tabela 8 – Avaliação dos conhecimentos teóricos oferecidos, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Tabela 9 – Avaliação dos conhecimentos práticos oportunizados, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Tabela 10 – Avaliação da qualificação de preceptores e professores, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APC – Atenção ao Paciente Crítico

AMIO – Atenção Materno-infantil e Obstetrícia

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

CTB – Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial

GES – Gestão em Saúde

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OHE – Oncologia e Hematologia

MS - Ministério da Saúde

POA – Porto Alegre

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SFC – Saúde da Família e Comunidade

SME – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

TCR – Trabalho de Conclusão da Residência

TI - Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 O SUS E UMA FORMAÇÃO EM SERVIÇO DESAFIADORA: DIVERSOS OLHARES	22
2.2 RMS/GHC – A TRAJETÓRIA HISTÓRICA E AS SEMENTES DEIXADAS	30
2.3 A PESQUISA DE EGRESSOS COMO ESTRATÉGIA PARA AVALIAR E PLANEJAR A FORMAÇÃO.....	41
PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 POPULAÇÃO-ALVO	48
3.2 COLETA DE DADOS	49
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	50
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	51
RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 O MAPA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS EGRESSOS	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
APÊNDICE 1 – QUESTÕES DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO.....	114
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APROVADO	116
ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP – GHC.....	118



APRESENTAÇÃO

*Historiador por formação eu sou,
Filósofo por amor me fiz.
No caminho da RIS um dia me encontrei... e por destino Secretário
dela me tornei.
Dez anos se passaram!
E com ela tenho convívio desde a sua gestação.
Nasceu de um desejo desejado!
Impulsionado pela esperança de uma formação voltada para um SUS
Integralizado.
Mas, se enganam aqueles que pensam que ela nasceu em um
território 100% desejante.
De início uma chegada conflitante... mas ela imponente desde cedo se
colocou.
Aos poucos ela deu os primeiros passos. Ajudada por aqueles que a
recebiam como esperança de uma formação transformadora.
Assim, ambos se fizeram, o caminho e a RIS, no território GHC.
Hoje a observo...um pouco a distância, confesso!
Às vezes animado, outras vezes um pouco desesperançado...
Mas, guardo sim, um Sonho,
Ver uma RIS Transvalorada!
Ver uma RIS Intempestiva como contraponto à formação normativa.
É o meu desejo desejado para a RIS/GHC.
(Desejo Intempestivo, Leandro Mandicaju)*

*Para ser grande, sê inteiro: nada
 Teu exagera ou exclui.
 Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
 No mínimo que fazes.
 Assim em cada lago a lua toda
 Brilha, porque alta vive.
 (Odes de Ricardo Reis, Fernando Pessoa)*

A ideia deste estudo surge a partir de um lugar que faz parte da vida da pesquisadora. Como diz a poesia escolhida para introduzir essas escritas, nada que é da pessoa tem exagero quando se coloca por inteiro naquilo. Assim, é iniciada a história da autora do presente estudo no Grupo Hospitalar Conceição/GHC desde 2005, primeiramente, em uma função administrativa e, depois, em uma função de ensino, quando formada, em 2010.

O Grupo Hospitalar Conceição é um complexo de serviços de saúde que atende de forma exclusiva pelo Sistema Único de Saúde, vincula-se institucionalmente ao Ministério da Saúde e possui uma rede pública assistencial em todos os níveis de atenção. É composto por quatro unidades hospitalares: Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital Fêmeina e Hospital Nossa Senhora da Conceição; por uma Unidade de Prontoatendimento – UPA; por 12 unidades básicas de saúde; três CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e por uma equipe de Consultório na Rua.

Uma das missões do GHC sempre foi ligada ao ensino e, por ser uma instituição vinculada ao SUS, tem, como responsabilidade, formar trabalhadores para o SUS. Para isso, conta com uma equipe da Gerência de Recursos Humanos, chamada de Gestão do Trabalho do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, desde 2005, que tem o objetivo de lidar com as ações de ensino internas e com as políticas institucionais; e com a Escola Técnica GHC, vinculada à Gerência de Ensino e Pesquisa, que foi pensada para ter um papel externo, oferecendo diversos cursos para a rede de saúde.

Para assumir a função de técnico em educação no GHC, o profissional deve ter cursado uma especialização na área da saúde. Foi assim que começou a trajetória da pesquisadora nesse lugar, a Escola Técnica GHC, e, com isso, o desejo dessas escritas serem inteiras neste estudo (que também fala sobre ela), pois, nesse

primeiro momento, ela foi aluna na Escola e finalizou a especialização para assumir esse novo desafio de um cargo da área da educação em uma instituição de saúde.

Após esse primeiro contato, a pesquisadora passou cinco anos trabalhando na equipe da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, promovendo cursos aos trabalhadores da instituição e sendo uma espécie de apoiadora institucional. Então, em 2015, o reencontro aconteceu com a Escola Técnica GHC. Desde então, a pesquisadora exerce a função de apoiadora pedagógica na Residência Multiprofissional do GHC, encantada com a possibilidade de uma formação que dialoga com a prática, que leva em conta as condições de saúde da população em áreas prioritárias e, ainda, que amplia o olhar desses residentes com possibilidades de participação em espaços de controle social e saúde coletiva, muitas vezes, temáticas que estão de fora ou incipientes nos currículos tradicionais.

É importante que se destaque, mais uma vez, a forte cultura institucional em relação ao ensino. Nesse contexto de produção em saúde de uma instituição que oferece todos os serviços descritos antes, o GHC já possuía formação em serviço desde 1960, como campo de estágio em medicina e, em 1968, criou sua primeira turma de residência médica (sendo que a Legislação da Residência Médica é datada em 1977 e 1981). A demanda crescente nas áreas de ensino, pesquisa e extensão originou a necessidade de uma estrutura própria para organizar esses processos e, em 2001, foi criada a Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP.

Em 2004, as quatro unidades hospitalares do GHC já tinham a certificação de Hospital de Ensino, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e, assim, tinham a responsabilidade de ser um campo formador de profissionais, de desenvolvimento científico e tecnológico e com a produção de tecnologias gestão, educação e atenção para o SUS. Foi fortalecido e ampliado o papel desse local de oferecer cursos para a rede de saúde e divulgar a produção científica do GHC, bem como os projetos de extensão institucionais com municípios e outras instituições.

A Residência Multiprofissional em Saúde do GHC (até 2016, Residência Integrada em Saúde) surge, em 2005, com a missão de formar profissionais com sua inserção em diferentes serviços e níveis de assistência “onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que

integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS.” (BRASIL, Projeto Político Pedagógico, p.4).

O começo de estudo no tema, então, veio na especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva, em que os discentes do curso tinham que criar um projeto de intervenção (PI) na Escola como uma das avaliações nessa formação. Foram indicados três trabalhadores para realizar esse curso, sendo que duas trabalhadoras eram da RMS – a pesquisadora e a coordenadora da época (o outro era ligado ao Curso Técnico de Enfermagem). O objetivo era que o PI servisse para provocar mudanças nos processos de trabalho da Escola e foi observado, desde o início, como uma possibilidade de qualificar o ensino.

Já existia um pedido feito pelos gestores em relação a um trabalho com os egressos, pois a Escola Técnica GHC formou turmas desde 2006 e não havia feito estudos nesse sentido. Era um consenso entre os discentes da pós-graduação e os gestores que um estudo com esse tema poderia reafirmar o compromisso da Escola Técnica GHC em formar trabalhadores para o Sistema Único de Saúde - SUS, bem como de possibilitar a criação de ferramentas para melhorar a construção de indicadores de ensino e estudar as demandas de formação.

O tema foi motivo de estudo pela equipe e visto como fundamental para se pensar o ensino ofertado em uma instituição de ensino. Alguns trabalhos qualificados sobre determinados programas e sobre o processo de ensino na RMS foram produzidos e socializados, mas não existia algum que trabalhasse com todos eles transversalmente, bem como que mapeasse o perfil dos egressos e onde estariam inseridos.

Assim, esse grupo de discentes criou o instrumento de avaliação de egressos, que foi feito com base em documentos utilizados e validados e adaptados para a realidade da Escola Técnica GHC. O instrumento foi atualizado pela Coordenação de Ensino da GEP, que o adaptou à realidade da Faculdade de Ciências da Saúde (que foi criada nesse intervalo de tempo) e aplicou nas turmas de 2004 até 2016 – totalizando 672 formulários enviados e 191 respostas. Essa pesquisa foi realizada pelo próprio serviço e não foi formalizada como um estudo científico.

É importante destacar, novamente, que não existia um estudo de egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do GHC como um todo, que contemplasse essas turmas e todos os sete Programas: Atenção ao Paciente Crítico (APC), Atenção Materno-infantil e Obstetrícia (AMIO), Cirurgia do Trauma Bucomaxilofacial (CTB), Gestão em Saúde (GES), Oncologia e Hematologia (OHE), Saúde da Família e Comunidade (SFC), Saúde Mental (SME) – sua história e características que serão apresentadas em capítulo específico. Alguns trabalhos qualificados sobre determinados programas e sobre o processo de ensino na RMS foram produzidos e socializados, mas não existia algum que trabalhasse com todos eles transversalmente.

A pesquisadora esteve presente durante todo o percurso do estudo, e o fato de não haver estudos desse tipo inquietavam sua prática e seu pensamento – isso aumentou com o contexto político vivenciado e explicado a seguir. É uma residência multiprofissional que vem formando profissionais há 16 anos, em diferentes níveis de atenção e áreas de concentração, nos cenários do GHC, mas que não apresentava um estudo de seus egressos na sua trajetória.

Ainda, ressalta-se um aspecto relevante que permeará algumas informações sobre essa Residência: é um programa ligado a um complexo de serviços de saúde, não à universidade, ou seja, abre-se, a partir disso, um amplo campo de possibilidade de estudos, que não se esgota nesta proposta. Algumas provocações foram colocadas por um dos pensadores da RMS, no segundo livro publicado no Programa, no ano que comemorava seus 10 anos, e que podem refletir-se ainda nestes 15 anos de formação ofertada (Baldisserotto, 2014):

“Seria oportuno, neste momento de celebração, também apontarmos algumas reflexões futuras para uma avaliação desta experiência, dentre as quais poderíamos elencar: qual foi o impacto nos processos de trabalho nos locais e serviços em que a RIS foi implementada? Em que medida a RIS provocou ou auxiliou nas mudanças necessárias do modelo de atenção, seja em nível hospitalar ou na atenção básica da instituição? Houve melhorias reais no processo de cuidado do usuário destes serviços? Os egressos se sentem mais capacitados para atuar de forma integral e humanizada no SUS?” (Baldisserotto, 2014, p.45)

Nesta pesquisa, optou-se por conhecer o perfil da população a qual se pretende pesquisar para, então, futuramente, continuar a pesquisar questões mais

específicas e fundamentais para a produção científica na área. Então, o estudo pretendeu identificar o perfil sociodemográfico e de empregabilidade de egressos dos sete Programas de Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição, no período de 2004 até 2019, para buscar ferramentas que qualifiquem os processos de ensino, fazendo um mapa dessa formação, a partir de três temas: perfil, empregabilidade e avaliação do egresso.

Como objetivos específicos, esta pesquisa tinha: investigar se os residentes multiprofissionais egressos estão trabalhando e como são esses vínculos; identificar se os egressos trabalham na área vinculada à formação que fizeram na RMS-GHC; verificar quais programas mais inseriram egressos no mercado de trabalho e se consideram que a formação contribuiu para essa inserção; saber se o egresso relaciona os princípios e as diretrizes do SUS na sua prática profissional e conhecer a avaliação do egresso referente à RMS-GHC.

O conceito de empregabilidade é controverso, para alguns autores, principalmente nos anos 1990, seria empregado no sentido de indivíduos ajustando-se às mudanças que ocorreram no setor produtivo e de serviços, ou seja, uma forma de deslocar para a pessoa a responsabilidade de estratégias para se inserirem ou permanecerem no mercado de trabalho (Brasil, MTb/Sefor, 1995). Nesta pesquisa, optou-se usá-la com base no conceito empregado no seu surgimento, que significava um serviço prestado com qualidade e qualificação profissional (Mehdeff, 1996), justamente, porque a Residência Multiprofissional dá-se no ensino em serviço, perpassando o mundo do trabalho para qualificar novos trabalhadores.

É importante, ainda, salientar o contexto de mudança ocorrida que inclusive motivou esta pesquisa e esta pesquisadora. Em 2016, o Brasil sofreu o Golpe, com o Impeachment da presidente Dilma Rousseff, que foi um movimento controverso, contestável e polêmico, ao se analisar os arranjos parlamentares para tal e a influência da mídia no processo (Araújo et al., 2019). Como o Grupo Hospitalar Conceição é vinculado diretamente à União e houve troca de ministro em Brasília a partir das novas conjunturas políticas, o reflexo dessas mudanças também influencia no contexto institucional. O GHC e a RMS passaram por mudanças significativas, tendo o maior reflexo na área de gestão da instituição – com a mudança de gerentes e a transferência de trabalhadores dos setores.

No campo das políticas sociais no País, já se observava um contexto de disputa de projetos e modelos, com o questionamento do tamanho do Estado e das políticas sociais, o que acarretou em retirada de direitos trabalhistas e corte e congelamento de verbas públicas, como observado desde o ano de 2017. Esse tipo de contexto influencia diretamente na juventude e nas oportunidades de formação, de cultura, de segurança e de trabalho oferecidas para essa população – uma vez que retira projetos e políticas fundamentais para o desenvolvimento social em um País desigual.

Esse contexto já gerava a discussão, com ainda mais força, da necessidade de uma pesquisa de egressos para se responder algumas questões colocadas ao ensino no GHC. Também, percebia-se como uma possibilidade de transparência da formação ofertada desde a fundação da Escola Técnica GHC e da RMS/GHC.

Muitas pessoas foram retiradas de Gerência de Ensino e Pesquisa e colocadas à disposição de outros lugares incertos na instituição nessa transição de gestão ocorrida, inclusive, algumas daquelas que pensaram, apostaram e fundaram a RMS/GHC e que também estavam no grupo que formulou o instrumento inicial proposto para a pesquisa interna de egressos do serviço – explicada anteriormente.

Mostrar o trabalho e os frutos dessas pessoas e dessas histórias foi uma inspiração nesta construção, assim como comprovar, de forma mais concreta, inclusive, abrindo-se “mão” de métodos mais discursivos e conceituais, que são o forte desta incipiente (mas corajosa) pesquisadora, com o apoio necessário e incondicional da orientadora, os lugares e os espaços que os egressos estão ocupando na saúde e em outras sociais – tão importantes nesse contexto de enfraquecimento do Estado e, como consequência, das políticas públicas.

Contudo, esta RMS/GHC sempre foi um lugar de sementes, em que pessoas apostaram nos frutos que se podia gerar a partir de uma formação audaciosa assim, com trabalho e dedicação. A poesia inicial na capa deste capítulo foi realizada por um desses atores, que está presente desde a criação. Ali, fala-se da “esperança de uma formação transformadora”. Qual lugar, então, seria mais potente de transformações e possíveis sementes plantadas do que uma RMS ligada a um grande complexo de serviços de saúde e que possui esse tipo de formação desde 2004? A partir disso, com uma visão ampliada de avaliação, com o objetivo de

contemplar o egresso como participante ativo desse processo, o caminho escolhido para essas descobertas foi a pesquisa de egressos, considerando que o aluno é sempre uma parte fundamental no planejamento e na avaliação do ensino.

O trabalho foi dividido em uma fundamentação teórica que apresenta a história da criação da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, as características da RMS do GHC e a importância do estudo de egressos. Após, foi explicada a metodologia utilizada no trabalho e, por fim, os resultados, a discussão e as considerações finais desta pesquisa.

Antes de iniciar a fundamentação, apresenta-se um dos comentários realizados, na parte de comentários finais que existia ao final do formulário desta pesquisa de egressos, que representa e finaliza a explicação feita nesta apresentação.

“Desejo registrar a minha eterna gratidão a esse programa de residência que sobrevive, muitas vezes, a duras penas devido ao cenário político do país”. (Fala de participante 1)



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Enquanto eu luto, sou movido pela esperança; e se eu lutar com esperança, posso esperar.

Paulo Freire

2.1 O SUS E UMA FORMAÇÃO EM SERVIÇO DESAFIADORA: DIVERSOS OLHARES

O Movimento da Reforma Brasileira e a criação do SUS trouxeram novos desafios para a sociedade brasileira em termos de política de saúde, uma vez que ampliou o direito à saúde constitucionalmente em um contexto que era centralizado e limitado a alguns grupos. Esse movimento embasou a construção de um sistema com base na universalidade do acesso e do direito, na integralidade da saúde dos cidadãos e na equidade da atenção para um sistema que trabalhe com vulnerabilidades (Matta, 2009), o que colocou em pauta a discussão de modelos de saúde.

O surgimento de um sistema de saúde com esses princípios e essas diretrizes impactou o cenário nacional, sendo o SUS considerado ainda mais relevante no contexto de um país com desigualdades e vulnerabilidades, em que 70% da população depende exclusivamente dele. Alguns dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2018) refletem a relevância dessa política pública brasileira. Em 2017, a cobertura da atenção básica chegou a 75% da população, e a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) era de 82%. Nesse mesmo ano, foram realizados 8.640 transplantes pelo SUS, 55,8% dos hospitais atendiam pelo SUS, sendo que, em hospitais gerais, esse número aumentava para 78,6%. Além disso, foram feitas 295.666 cirurgias para câncer, 2.917.346 procedimentos quimioterápicos e 2,7 milhões de partos.

Os modelos anteriores de saúde deixaram marcas históricas na área, influenciando projetos, modos de trabalho e maneira de formar os profissionais. Assim, em vez de um olhar ampliado para a saúde, que considerasse os determinantes sociais, o trabalho em equipe e um investimento em ações preventivas e de promoção, ainda se operavam, no interior dos serviços de saúde, a valorização de modelos caros e não muito efetivos, o trabalho fragmentado e centrado em certas profissões e uma valorização das ações no nível secundário e terciário em detrimento de ações no nível primário. Segundo Pasini (2010):

“A formação de “recursos humanos” para a área da saúde é hospitalocêntrica e tecnicista, desconsiderando as necessidades da população, em decorrência da distância que marca o ensino e a

assistência. Este cenário força a necessidade de extensão dos serviços e a racionalização do uso dos recursos, com o propósito de constituir a saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos, exigindo a busca de um novo paradigma que possa produzir transformações no campo de práticas e saberes em saúde.” (Pasini, 2010, p. 39)

Na formação dos profissionais, mantinha-se uma lógica privativo-individualista, no lugar de uma proposta pública, inclusiva e coletiva, perpetuando-se um modelo histórico de formação para o mercado privado. No entanto, era um papel do SUS, desde a Constituição de 1988 (Artigos 196 a 200): “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Brasil, 1988).

Tal ordenamento, mais tarde, foi visto como desenvolver ações que envolvessem a regulação, o apoio, o fomento, a manutenção e o direcionamento de políticas educacionais para a saúde, compreendendo-se como o desenvolvimento de ações educativas realizadas por meio do trabalho em saúde, cooperação técnica interinstitucional e, em especial, políticas de ensino, de pesquisa e de extensão que atingissem a gestão e a atenção à saúde (Ferla et al., 2017).

Esse processo de ensino fragmentado e distante da prática cria reflexos que não correspondem a um ensino de qualidade e, muito menos, voltado às necessidades da população. Segundo Heckert (2007), quando esses processos de formação são fragmentados e distantes da prática e dos processos de trabalho, acabam tutelando os sujeitos sem possibilidade de produção de saberes e fazeres modeladores das formas de experiência e de construção a partir do compartilhamento.

Conforme Campos (2003), a experiência acumulada no Brasil em relação à necessidade de mudança na formação dos trabalhadores para o SUS é clara em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde e a proposição de uma clínica ampliada. Essa mudança, entretanto, não deixaria de valorizar, demandar e aplicar as competências específicas de cada profissão (ou núcleo), mas proporcionaria um novo leque de conhecimentos a partir desse trabalho compartilhado (Demarco, 2011):

“Cada profissão manteria seu núcleo de competências próprio com seu respectivo conjunto de conhecimento específico. Entretanto, os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais, a partir da intersecção das diversas

áreas da saúde, produziram outros conjuntos de competências e de conhecimento, que redimensionariam o trabalho e seu potencial educativo”. (Demarco, 2011, p. 62)

Um marco importante para essas discussões que geraram o Movimento da Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde e, com isso, a necessidade dessa mudança no perfil de formação foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu Alma-Ata, em 1978, e trouxe o conceito de participação da população na saúde e de uma posição ampliada frente às questões de saúde – com a medicina preventiva, medicina social e saúde pública, além da extensão de cobertura de serviços (Fendall, 1978). A partir desses movimentos, ainda, surgem a Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1976 e 1979 respectivamente (Paim, 2012).

Um marco na área da saúde, em 1986, a VIII Conferência de Saúde consegue definir a saúde como um direito e sendo uma responsabilidade do estado e, com isso, os princípios e as diretrizes do sistema público de saúde brasileiro são definidos: universalidade, integralidade, equidade, com a responsabilidade compartilhada entre as esferas de governo e com participação social. Esses princípios e essas diretrizes servirão como base para o Sistema Único de Saúde, que se constituirá, em 1990, por meio da Lei 8080/90 (Brasil, 1990).

No mesmo ano, ocorre a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, que sugeriu a residência para outras profissões da área da saúde como a forma de formar especialistas na área (Brasil, 1986).

Nesse panorama, a RMS surge como uma modalidade adequada para esse perfil de formação pretendido. Algumas ações de RMS já existiam, no Brasil, desde 1960, mas é na década de 70, que é criada a primeira Residência Multiprofissional em Saúde (Martins et al., 2010). Na Escola de Saúde Pública do RS (EPS/RS), em 1977, é reconhecida a primeira RMS, como uma experiência inovadora na área do ensino ao incluir mais de uma categoria profissional (Ceccim; Armani, 2001).

Diversas ações são desencadeadas pelo Ministério da Saúde, demonstrando a legitimidade de uma modificação nos modelos de ensino em vigor antes do SUS. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (BRASIL, 2003), em 2003, já

apontava a RMS como a estratégia de formação de trabalhadores para o SUS, com base em equipe multi e interdisciplinar.

Assim, em 2002, como um movimento para mudar a formação dos trabalhadores ao afirmar a multiprofissionalidade no trabalho em saúde, o MS lança a oportunidade para 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com a intenção de um trabalho integrado entre as profissões (Pasini, 2010). Além disso, em 2003, cria a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com o papel de trabalhar com a formação, o desenvolvimento e a regulação dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2004). Em 2004, lança a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004a), como uma estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, assim: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. A EPS, então, viria como uma possibilidade de transformação da prática profissional e da organização do trabalho, que deveria ser estruturado a partir da sua problematização cotidiana nos serviços de saúde.

Assim, as RMS nascem como uma política do SUS no contexto da educação permanente em saúde na medida em que se colocam como modos de aprendizagem transversais no cotidiano de saberes e fazeres dos serviços. Ao fazer isso, dialogam e colocam-se voltadas aos problemas desse cotidiano, que exige uma construção dos próprios atores envolvidos, assim, transformando esses movimentos em aprendizagem relevantes para o desenvolvimento do trabalho e, com isso, do cuidado ao usuário (Dias et al., 2015).

Propor uma formação em serviço, com a utilização da educação permanente como método, baseada no cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais e na integralidade da atenção era, então, uma necessidade, mas, ao mesmo tempo, um desafio grande a ser proposto. Entretanto, como trouxe Guimarães Rosa, quando fala desses caminhos “resvalosos” escolhidos que a vida exige, em um movimento constante de desafios, o que o importa é a coragem. Assim é colocada essa desafiadora formação em serviço nesse contexto. Segundo Pasini (2010) disse, em relação à implantação e consolidação das Residências Multiprofissionais: “exige mudanças significativas nos modos de pensar a relação com os sujeitos a

quem se dirige o cuidado e as formas de estabelecer esse cuidado, que até então estava orientado por uma perspectiva eminentemente clínica e biologicista.” (p. 58).

A proposta desse novo modelo, que dialogue com a realidade local, verse a partir da integralidade do cuidado, compartilhe olhares e conhecimentos proporcionados por diferentes profissões e coloque o usuário como um ser ativo no seu cuidado, parece tentar romper com o modelo tradicional de fragmentação de saberes e com a cristalização de certos processos instituídos nos serviços. Ainda, é uma possibilidade de proporcionar uma formação que consegue articular conhecimento e prática e conceitos e cuidado em um processo transformador de atendimento ao usuário, que é o principal objetivo dos serviços de saúde. Esses olhares proporcionados pela prática multiprofissional geram uma composição de fatores: “traz um movimento, pois obriga todos aqueles que com ela estão envolvidos a repensarem o seu próprio fazer neste espaço de formação/reflexão e, conseqüentemente, transformar modelos e modos de operar em saúde”. (Martins et al, 2010, p. 89).

A experimentação que essas relações proporcionam, entre ensino e aprendizagem e docência e atenção à saúde, conduz a uma reflexão crítica sobre o trabalho, sobre a clínica do profissional nos ambientes de saúde e sobre a promoção, ou não, da saúde. Assim, novas ferramentas de gestão e de atenção podem ser formadas para qualificar a atuação no sistema, por meio desse processo educativo nas práticas de serviço, que busca a construção de espaços coletivos de percepção e avaliação do cuidado. Essa condição de um olhar multiprofissional, inclusive, segundo Martins et al. (2010), seria colocada socialmente pela complexidade das demandas de saúde e pela resolutividade exigida do sistema para solucioná-las.

A partir dessa multiprofissionalidade e de muitos desafios, assim, parece ser criada e sustentada uma formação que tem, nos próprios trabalhadores do serviço de saúde, os realizadores desse “ensinar” – por meio dos preceptores e orientadores, um processo que transforma e afeta ambos os atores.

Segundo Pekelman (2018), a essência do aprendizado da RMS acontece por uma prática compartilhada entre residentes, preceptores, equipes de saúde e usuários, os quais formam esse cenário de ensino e vão transformando práticas a

partir da própria exigência e necessidade do cotidiano de trabalho, que exige novos conhecimentos.

O ensino acontece nos cenários dos próprios serviços, nas Unidades de Saúde, nos CAPs, nas Emergências, nos Centros Obstétricos, com realidades do fazer em saúde, cheias de percalços e desafios. Com isso, a aprendizagem é perpassada por questões, dúvidas e disputas que são históricas nesse tipo de trabalho, como a relação atenção hospitalar versus atenção primária em saúde, o cuidado fragmentado versus cuidado compartilhado, a tecnologia dura (aquelas relacionadas com os equipamentos utilizados em diagnóstico e tratamentos) e leves duras (que estão no conhecimento técnico estruturado) versus outras ferramentas do cuidado e tecnologias leves – aquelas que perpassam o espaço relacional entre os atores (Merhy, 2002), a assistência versus o ensino. Esses confrontos, remodelagens e desconstruções refletem nas questões dessa formação, desde os projetos pedagógicos até os percursos nos cenários, provocando um movimento potente nesses encontros, exemplificado por Dallegrave (2013):

“Atualmente, não há um currículo estabelecido para esse tipo de programa, bem como não há uma definição de como devem se dar as aprendizagens nestes cenários. O que há são intensidades buscando expressão, multiplicidades de ensino-aprendizagem que acontecem nos programas, disputa de projetos pedagógicos e de modos de cuidado, inúmeras possibilidades de enriquecer os encontros entre profissionais de saúde e pessoas que buscam cuidado nos serviços de saúde. Há um reconhecimento social de que essa formação tem destacada qualidade”. (Dallegrave, 2013, p. 17)

Mesmo assim, por trazer a possibilidade de uma formação que coloque esse profissional-aluno nos serviços, com preceptores para realizar essa troca cotidiana e com possibilidade de uma aprendizagem apoiada nos princípios e nas diretrizes do SUS, a partir da Lei 11.129/2005, é regulamentada a Residência Multiprofissional em Saúde. Surgia, então, como: “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (Brasil, 2005) – uma formação em serviço corajosa e audaciosa no meio do contexto já explicitado.

É importante destacar que ainda existem desafios em relação à inserção dessa política de formação, um dos exemplos dá-se na diferença de distribuição de programas e vagas no território nacional.

Em um estudo realizado (Sarmiento et al, 2016) que analisou como encontrava-se a distribuição dos programas de residência homologados pelo Ministério da Saúde entre as regiões do País, entre 2009 a 2015, mostrou que a maioria dos programas aprovados estava concentrada na região Sudeste, em principal, em São Paulo (46,3%), seguida das regiões Nordeste (20,6%) e Sul (18,8%). As que menos tiveram programas selecionados no período foram as regiões Norte (10%) e Centro-Oeste (4,4%). Neste período analisado na pesquisa, 320 programas foram homologados, e o número de vagas ofertadas nos editais não apareceu no artigo.

Os autores apontam que existe um cenário de desigualdades regionais na oferta de graduações e pós-graduações e na oferta de serviços à população e, conseqüentemente, na disponibilidade de profissionais e residentes em determinados locais, o que influencia diretamente no Sistema Único de Saúde.

A RMS, desde o início, teve essa função social com o SUS, com a intenção de constituir um trabalhador implicado nos processos de gestão, formação, atenção e participação social, considerando os usuários e suas necessidades. Essa responsabilidade social da RMS é formalizada na Portaria Interministerial nº45, de 2007, que definiu que esta deveria ser orientada pelos princípios do SUS (Brasil, 2007).

Ainda, deve ser concebida com a premissa de que o campo da saúde não é de nenhum núcleo profissional específico, pois os espaços de saúde são um encontro de relação e escuta dos diversos atores envolvidos na produção em saúde – usuários, educadores e profissionais (Machado et al., 2007, p. 338).

Segundo Caballero e Silva (2010), as RMS trabalham com a indissociação entre educação, trabalho e gestão e cuidado em saúde, e o processo de ensino deve ser uma experiencição pedagógica para construção de práticas de Saúde Coletiva, solidárias e eficazes, na perspectiva do trabalho em equipe.

Assim, o exercício de formação pelo trabalho na RMS provocaria múltiplas possibilidades de criação e invenção, pois: “acontece, atualmente, no lugar do *entre*, na interseção dos setores da Saúde e da Educação” (Cabellero e Silva, 2010).

Nesse mesmo texto, os autores falam que pensar o mundo do trabalho como um ambiente de formação é problematizar a existência de espaços de saúde favorecedores da vida e de recriações sociais, mas, também, que existem lugares de repetição que impedem os movimentos de criação.

Essa formação, então, viria no sentido de provocar mudanças, uma vez que o residente tem, em geral, na sua matriz curricular, espaços de construção política, de movimentos sociais e de controle social, além de um vínculo diferenciado com as equipes que permitem certos posicionamentos, como observado nas avaliações realizadas no Programa e nos espaços de participação.

Essas provocações são importantes de observar, pois muitas vezes, por meio dos residentes e da RMS, são plantadas sementes para mudanças nas formas de cuidado em saúde. As transformações no mundo do trabalho, provocadas em espaços coletivos de reunião ou, até mesmo, na clínica individual, podem ficar plantadas nas pessoas que continuam nos serviços, mesmo com a passagem do residente tendo um prazo. Como trouxe Mehry (1997), o “autogoverno” do trabalhador, por vezes, é o que dará o perfil de modelo assistencial, sendo esse trabalhador responsável por transformações estruturais nos serviços.

A Residência Multiprofissional em Saúde provocaria esses encontros, com possibilidade de transformação e novos significados: do residente com outro residente, do preceptor com o residente, do orientador com o residente, do residente com o usuário... Em tais encontros, seria possível confrontar saberes da academia com a realidade dos serviços, seria possível criar caminhos diversos para os casos cada vez mais complexos em saúde, seria possível construir acordos entre diferentes saberes para um melhor cuidado, em um movimento de questionamento provocado pelo ensino em serviço.

Segundo Dallegrave (2013): “A Residência serviria para que nos afastássemos dos “pontos finais” do trabalho em saúde ou dos ‘pontos de exclamação’, uma reafirmação: “ponto e basta”, e cada vez mais colocássemos “pontos de interrogação” sobre o fazer profissional?” (p. 17). Segundo a autora, ainda, aspectos como a maquinaria escolar e o regramento do mundo do trabalho poderiam funcionar como uma engrenagem que se movimenta em sintonia, um influenciando o outro – movimento desse ensino em serviço proporcionado nessa formação que é

feita no trabalho e a partir dele. Aquilo que se cria a partir desse movimento mútuo, que ela chama de acoplamento educação-trabalho, proporcionaria processos potentes de reflexão de um lado e compartilhamento de protocolos para o exercício do outro.

Nessas relações que a RMS provoca nos ambientes de cuidado, percebe-se que, muitas vezes, os profissionais e os próprios serviços acabam sendo afetados pela presença de residentes. Além de ter o processo vivo de ensino no dia a dia, a partir da inserção do residente, este terá que passar por alguns processos obrigatórios designados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, como a entrega de um Trabalho de Conclusão da Residência – TCR que seja de acordo com a realidade do cenário de prática dele e as vivências em diferentes níveis de atenção – ambos são exemplos que podem contribuir para qualificar o cuidado nesses locais – essa produção é garantida pela Resolução nº 5 de 2014 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2014).

A RMS/GHC surge em 2004, fazendo seus 16 anos em 2020. Parte de sua história, seus atores e suas características serão contadas a seguir.

2.2 RMS/GHC – A TRAJETÓRIA HISTÓRICA E AS SEMENTES DEIXADAS

Assim, é relevante compreendermos que as Residências em Saúde, especificamente a RIS/GHC, está sempre em um entre-aberto, em abertura. Várias pessoas que passaram nesse lugar deixaram suas marcas, produziram um atravessamento, correlação, um produzir-se junto com a residência (Quelen Tanize, Livro RMS).

A Residência Multiprofissional em Saúde do GHC – RMS/GHC que, no seu surgimento, em 2004, era Residência Integrada em Saúde, foi criada em um movimento e contexto de adaptar as políticas institucionais aos projetos do Ministério da Saúde e do SUS. A possibilidade de uma formação em serviço multiprofissional em áreas prioritárias permitia que os residentes pudessem entrar em um universo de troca de saberes compartilhados, assim, segundo Fajardo et al., 2010, os residentes:

“...vivenciam a experiência de abertura e diálogo com as diferenças, de modo a construir um plano interdisciplinar facilitado pela troca sistemática que transversaliza saberes e a construção coletiva de novas relações e práticas, elementos necessários aos processos de formação para qualificar o Sistema único de Saúde (SUS)”. (Fajardo et al., 2010, p. 115)

O nome inicial escolhido com a palavra “Integrada” em vez de “Multiprofissional” deu-se na intenção de uma formação com essa concepção de integração entre os diversos profissionais e seus diferentes saberes, bem como foi denominado e tendo a referência da Residência da Escola de Saúde Pública, criada no Estado, em 1999 (Ceccim e Ferla, 2003). Essa integração também era para ocorrer com a Residência Médica, mas, como se acompanha no contexto de corporação das profissões, ainda é um desafio.

A criação da RMS/GHC foi oportunizada por alguns eventos que marcaram a instituição nesse movimento de implantação de novas diretrizes institucionais, que discutiam o modelo de atenção com base nas diretrizes da integralidade e da humanização da atenção. Tais norteadores foram incorporados ao Projeto Político Pedagógico (Baldisserotto, 2014, p.44).

Em 2004, o maior hospital do Grupo, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, foi certificado como um hospital de ensino pela Portaria nº1.704/04, do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Um ano depois, os outros dois hospitais do GHC, Hospital Cristo Redentor e Fêmeina, receberiam esse mesmo título por meio da Portaria Interministerial nº 2.092/05.

Essa proposta foi concretizada a partir da constituição e do financiamento de Residências Multiprofissionais no País, pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que tinha o objetivo de propor e formular políticas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores no MS. Assim, para articular-se a essas ações, a Diretoria do GHC implantou sua Residência Integrada, com a turma iniciando em julho de 2004 (Portaria 109/04).

As áreas dos seus programas foram escolhidas em articulação entre a Gerência de Ensino e Pesquisa e os serviços, com base nas necessidades de desenvolvimento de profissionais, na capacidade das equipes em receber os residentes de forma qualificada e, ainda, levando em consideração áreas prioritárias para o SUS.

A organização do processo de ensino e aprendizagem ao longo dos dois anos de formação foi bem explicada e sintetizada por Fajardo et al. (2010): “constituído por atividades de reflexão teórica com todo o grupo de residentes, por atividades teóricas específicas de campo e núcleo em cada área de ênfase e por atividades de formação em serviço” (p.121). A proposta de conceitos de “campo e núcleo” foi embasada em Campos (2000), considerando que as atividades de campo seriam aquelas comuns a várias profissões e as de núcleo estariam relacionadas às profissões específicas.

Seguindo a parte de organização, os autores destacam que o regime da RMS/GHC é integral, com a carga horária sendo dividida entre os dois anos, conforme a legislação. Assim, 20% da carga é constituída em espaços teóricos e teórico-práticos – aulas expositivas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários (onde os Programas organizam seus espaços com a metodologia adequada) – e 80% é prática – em que ocorre a formação em serviço.

Os residentes são acompanhados por preceptores, que recebem uma bolsa de preceptoria como uma forma de incentivar o desenvolvimento das atividades que a RMS/GHC demanda, sejam estas na prática do cotidiano da assistência ao usuário, nas teórico-práticas - que requerem metodologias que proporcionem essa vinculação ou, nas teóricas, desenvolvidas em salas de aula da própria Gerência de Ensino e Pesquisa e outras do GHC. Ainda, os preceptores recebem formação permanente, em diferentes iniciativas, seja por meio de cursos com conteúdos relevantes para realizar a preceptoria ou, até mesmo, com convidados externos que fazem palestras e atividades a partir do notório conhecimento na área do programa.

Além dos preceptores, os residentes são acompanhados por orientadores de campo e de núcleo, que são profissionais das equipes que podem possuir ou não a mesma profissão ou trabalhadores que estão nos campos da residência e são referências de ensino pela sua experiência e seu conhecimento. Esses atores também são responsáveis por apoiar a orientação docente-assistencial dos residentes – o que faz com que ocorra uma cultura de ensino nos serviços, com mais pessoas envolvidas no processo de aprendizagem. Evidentemente, algumas resistências são encontradas e são necessários respaldo e pactuação institucional

para que isso aconteça de forma consistente – como será discutido nos resultados deste estudo.

A RMS/GHC não possui tutores, conforme a denominação intitulada na legislação da RMS, pois não está ligada à instituição de ensino superior. Para trabalhar com questões pedagógicas, possui apoiadores pedagógicos vinculados à GEP, que devem ter formação e experiência em ensino, além de facilitadores dentro dos próprios serviços que também contribuem com o ensino, conforme explicado anteriormente.

Os apoiadores pedagógicos, assim como os orientadores de campos, são atores que não estão nas estruturas convencionais das residências, no GHC, eles fazem o acompanhamento pedagógico junto aos Programas, propondo e ministrando atividades, acompanhando residentes com dificuldade, além de participar de processos avaliativos, qualificar os projetos pedagógicos de ensino e pensar e ministrar espaços de qualificação de preceptores e orientadores. Atualmente, conta-se com apenas dois profissionais para fazer o acompanhamento aos sete programas, o que é avaliado como insuficiente devido ao tamanho da RMS/GHC e a divisão desses apoiadores com outras tarefas.

Por ter uma dinâmica diferente das demais pela ausência dessa tutoria formal, alguns desafios práticos e pedagógicos são colocados aos programas e aos preceptores – que tentam viver e articular essa face entre “serviço” e “ensino”. Uma das principais demandas apontadas na história da RMS/GHC é a garantia de uma carga horária protegida para esses atores, que são figuras “híbridas” – ou seja, estão na assistência e na docência e encontram, no cotidiano desses espaços, a disputa a tensão entre os dois papéis.

No entanto, talvez por esse poder de flexibilidade, adaptação e ajuste, é uma RMS que sempre trouxe inovações, revendo seus processos e avaliando a forma de organização junto aos próprios residentes, caracterizando uma cultura de participação e coletividade. Assim, além da reunião mensal da Comissão da Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU, com representantes de todas as instâncias, constitui espaços coletivos de planejamento e avaliação: como grupos de trabalho para a cerimônia de encerramento, integração e avaliação dos programas, assim como espaços de ensino que são coordenados diretamente pelos residentes

– tendo o apoio e o suporte dos preceptores, dos docentes e dos apoiadores pedagógicos.

Segundo Portaria da CNRMS, os programas devem ter um eixo transversal, em que possam estar inseridos com temas prioritários e que perpassam o trabalho em saúde. Na RMS/GHC, esse espaço é chamado de Seminário Integrado e trabalha com temas prioritários para o SUS, como Políticas Públicas de Saúde; A construção, o histórico, a organização e a gestão do SUS; Epidemiologia; Bioética, entre outros escolhidos pelos residentes. Também, nesse espaço, são trabalhados os temas de pesquisa e de ferramentas para produção do TCR: Métodos, Ética em Pesquisa, Oficina de Escrita, entre outros.

Para apoiar a construção do TCR, os residentes são acompanhados pelos orientadores de TCR, que são trabalhadores do GHC com mestrado, conforme legislação da CNRMS, os quais ficam responsáveis por acompanhar essa produção e recebem cursos para qualificação dessa produção de conhecimento. Por ser uma residência ligada aos serviços, os formatos são variados, ou seja, o residente pode escolher entre entregar: artigo; protocolo clínico ou de organização dos serviços; ou material educativo de comunicação para produção em saúde – esses formatos pretendem dialogar com as necessidades práticas do SUS e contribuir com os serviços da instituição, a partir de inovações e transformações nos processos de trabalho, nos seus diversos níveis de complexidade.

Ao fazer um estudo sobre os preceptores da RMS/GHC, Fajardo (2011) identificou alguns dados em relação a esses atores, que foram interpretados, aqui, por porcentagem para uma melhor percepção de alguns dados do perfil desses profissionais. O estudo identificou que 67% dos preceptores estavam na faixa dos 29 – 39 anos, 87% destes eram mulheres, 97% tinham uma especialização ou mais e 65% desses preceptores tinham mestrado. Ainda, percebeu, nos relatos dos participantes, em relação ao preparo para desenvolver atividades de ensino, que existe um desafio sobre esse aspecto: dos participantes, 71% responderam que não tiveram contato com conteúdos relacionados ao ensino na sua graduação e 61% deles estavam buscando essa formação.

Tais dados mostram a importância e o movimento que a residência traz à instituição ao qualificar esses profissionais na atividade de preceptoria em relação

ao ensino e à pesquisa, algo apontado pela autora como: “uma inovação em um ambiente institucional do tipo tradicional que luta para alcançar uma qualidade da formação em serviço na saúde” (Fajardo, 2011, p. 82).

Como explicado anteriormente, algumas denominações utilizadas na RMS/GHC são baseadas em conceitos definidos por Campos (2000) e estavam desde o projeto político-pedagógico inicial, assim, as “profissões” são denominadas “núcleos” e as “áreas de concentração” seriam os “campos” ou “ênfases” – para não haver possibilidade de confundir com os cenários de prática, como explicou Demarco (2011).

“O núcleo diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista, sendo facilmente percebido através dos ditames dos conselhos profissionais, das disciplinas específicas de cada categoria e que conformam um dado profissional. O campo seria constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades, é mais aberto, sendo definido a partir do contexto em que operam certas categorias de profissionais”. (Demarco, 2011, p.23)

Inicialmente, em 2004, foram definidas as áreas de ênfase (programas): Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva. O único serviço que possuía um maior conhecimento da temática e do trabalho interdisciplinar era ligado à Gerência de Saúde Comunitária, o Programa Saúde da Família e Comunidade, que já trabalhava com equipes multiprofissionais e era pioneiro na formação de médicos em Saúde da Família e Comunidade (Baldisserotto et al., 2013). Os demais programas tiveram que iniciar um processo de compartilhamento e interdisciplinaridade, mudanças desafiadoras para equipes formadas na lógica hospitalocêntrica.

O Programa de Saúde da Família é desenvolvido na perspectiva da APS, assim, tem como princípios a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a participação da comunidade. É o que oferece mais vagas na RMS, nos núcleos: enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Quando foi fundado, já possuía residência médica em Saúde da Família há 25 anos, então, tinha uma cultura forte de ensino nas unidades de saúde, que são os cenários de prática do Programa. Neste programa, estão inseridos os campos que ficam no interior, que eram chamados de “descentralizada”, em que

existia a parceria entre GHC e município. A instituição dava o aporte pedagógico e a bolsa de residência, e o município era responsável por indicar os campos e os profissionais para preceptoria, assim como prover condições para a prática dos profissionais. Esse acordo foi feito com alguns municípios, como Gravataí, Marau, Novo Hamburgo e Nova Petrópolis, visando contribuir para a qualificação e fixação de profissionais no interior. A última turma formada saiu em 2020. O Programa Saúde da Família e Comunidade formou mais de quatrocentos residentes multiprofissionais desde a sua fundação.

Oferecendo vagas para a enfermagem, para a psicologia, para o serviço social e para a terapia ocupacional, o Programa de Saúde Mental já foi responsável pela conclusão de em torno de noventa residentes. Desde a Reforma Psiquiátrica, trabalha para formar profissionais nesse perfil nos serviços de saúde mental do GHC: CAPS AD, CAPS II, CAPS I, Consultório na Rua e internação psiquiátrica, que é localizada dentro do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

O Programa de Terapia Intensiva que, em 2010, passou para Atenção ao Paciente Crítico (e será chamado assim neste trabalho) foi pensado na lógica das políticas relacionadas ao tema de pacientes críticos e de atenção às urgências e emergências. É o segundo maior programa atualmente e oferece vagas para enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social, contabilizando em torno de cento e sessenta residentes concluintes. Os residentes deste Programa passam por serviços como a Emergência, a UTI, a SAMU e o Programa de Atendimento Domiciliar – PAD.

O Programa em Oncologia e Hematologia surgiu em 2008 e teve sua primeira turma em 2009 nessa área prioritária na área da saúde. Esse Programa surgiu com o objetivo de formar profissionais para assistência ao paciente oncológico com uma perspectiva multiprofissional e integral, nos diferentes níveis de atenção e com base nos princípios e nas diretrizes do SUS. Já foi responsável pela formação de em torno de quarenta residentes nos diferentes núcleos: enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia e psicologia.

O ano de 2013 ampliou três Programas na RMS/GHC, em diferentes áreas consideradas estratégicas para a instituição, para o Ministério da Saúde e para o SUS. Essa mudança aumentou, significativamente, o número de vagas, a visão e as

reflexões coletivas, pois incluiu diferentes temáticas, diferentes perfis e profissionais diversos na estrutura da RMS/GHC.

É nesse contexto que surge o Programa de Atenção Materno-infantil e Obstetrícia, amparado pelo Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que trata de políticas destinadas à mãe e ao bebê, em uma lógica de humanização das práticas. Oferece vagas para enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social e já totalizou em torno de vinte profissionais especialistas.

O único Programa Uniprofissional também surgiu em 2013: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTB. Segundo a legislação específica, esse tipo de residência em saúde deve estar dentro da multiprofissional. É um programa destinado à odontologia e pretende preparar o profissional para atendimento ao paciente traumatizado na face. Abria três vagas até 2018 e, em 2019, diminuiu para duas. O CTB é o único programa que tem a duração de 3 anos, ou seja, os egressos que entraram em 2016 e concluíram em 2019 entrarão na análise, mas ficarão de fora os concluintes da turma de 2017 (pois os residentes dessa turma formam-se apenas em 2020). Este Programa possui um total de oito egressos.

O último Programa criado em 2013 foi o de Gestão em Saúde, que, diferentemente de outras iniciativas em outras instituições nos quais são caracterizados como um complemento à primeira residência, assim o residente faria um terceiro ano com esse tema, no GHC, trata-se de um Programa completo de dois anos. Busca especializar os profissionais da saúde quanto ao conhecimento e à prática nas áreas do planejamento, do gerenciamento estratégico, do monitoramento, da avaliação e da organização de redes de atenção e regulação. Oferece três vagas anuais, nas diferentes profissões caracterizadas como da área da saúde, mas já abriu e formou residentes de outras áreas, como administradores e profissionais vindos das ciências sociais. O Programa de Gestão em Saúde formou cinco egressos.

Ao longo desses 15 anos de existência, outras propostas de programas foram colocadas à coordenação da RMS/GHC e à gerência de ensino e pesquisa, sendo analisadas com cuidado e responsabilidade e adotando-se, como parâmetro, os critérios necessários para um programa de qualidade e que sirva ao Sistema Único de Saúde. Existe o pedido, no Ministério da Educação – MEC, de criação de um

Programa em Cuidados Paliativos e algumas sondagens para a formação de um Programa de Práticas Integrativas e Complementares – áreas que vêm ganhando espaço no SUS e fundamentam a integralidade do sistema – uma com caráter de recuperação no manejo e cuidado da dor, e a outra, de prevenção, com práticas além das convencionais.

Nos espaços de discussão e de representação das RMS nacionalmente, uma pauta foi prioritária e recorrente: a saúde mental dos residentes. Pensando nessa questão, a partir da demanda e da organização dos próprios residentes em uma pesquisa interna realizada entre eles, em uma lógica de cuidado ampliado para além dos adoecimentos físicos, algumas formas organizacionais foram estimuladas para que o residente pudesse fazer acompanhamento psicológico. Convênios para esse tipo de atendimento com valor mais acessível foram realizados com instituições parceiras e com outras que trabalham com diferentes práticas – como dança e teatro. Além disso, foi criado o do Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde – LEPES com o objetivo de criar espaços que potencializassem as práticas interdisciplinares e o acesso a outras temáticas que trabalhassem o estresse e a saúde mental dos residentes. Assim, desde a sua criação em 2018, o LEPES trabalhou com diversas atividades para tentar construir esse espaço.

Foi organizado um Grupo Balint, com a coordenação de um psiquiatra parceiro da RMS/GHC, que é considerado uma ferramenta clínica para um espaço coletivo e para a compreensão das relações terapêuticas entre quem cuida e quem é cuidado. Organizou-se o Cinedebate, que oportunizou espaços de discussão sobre temas interessantes à saúde pelo dispositivo do cinema, qualificando e despertando ferramentas de cuidado de si e do outro, por meio da cultura. Outra atividade oferecida foi denominada Saúde em Conversa. Consistia em uma roda de conversa, com metodologia diversa, para discutir e refletir temas de interesse da saúde de forma leve e autêntico. Esse espaço abordou vários temas sociais relevantes que merecem destaque: Intermittências da morte: Cuidados Paliativos, sentidos e subjetivação; Arte, cultura e saúde; Feminismo e Saúde; Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental; O racismo nosso de cada dia; Criação com apego e aleitamento materno; O Cuidado no cotidiano da atenção crítica – com a participação ativa dos residentes no planejamento e na execução das atividades.

Além desses espaços, o LEPES trouxe diversas atividades das PICS – como o Heiki e a Dança Circular.

Essas iniciativas da RMS/GHC mostram a construção histórica de pessoas que acreditam e trabalham de forma que, ao oferecer uma formação para o SUS, também levem suas diretrizes, suas políticas e suas formas de relação para os cenários da sua residência – um lugar de marcas e transformações (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição e evolução de programas, profissões e vagas da RMS-GHC.

Ano	Programas	Vagas	Profissões
2004	APC, SFC, SME	31	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2005	APC, SFC, SME	30	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2006	APC, SFC, SME	33	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2007	APC, SFC, SME	41	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2008	APC, SFC, SME	51	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2009	APC, OHE, SFC, SME	62	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2010	APC, OHE, SFC, SME	64	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2011	APC, OHE, SFC, SME	64	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2012	APC, OHE, SFC, SME	68	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2013	APC, AMIO, CTB, GES, OHE, SFC, SME	103	Educação Artística, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2014	APC, AMIO, CTB, GES, OHE, SFC, SME	103	Educação Artística, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2015	APC, AMIO, CTB, GES, OHE, SFC, SME	102	Administração, Educação Artística, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2016	APC, AMIO, CTB, GES, OHE, SFC, SME	98	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional
2017	APC, AMIO, CTB, OHE, SFC, SME	94	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional

Fonte: Elaborada pela autora com dados da Secretaria Acadêmica. Legenda: APC: Atenção ao Paciente Crítico; AMIO: Atenção Materno-infantil e Obstetrícia; CTB: Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial; GES: Gestão em Saúde; OHE: Oncologia e Hematologia; SFC: Saúde da Família e Comunidade; SME: Saúde Mental.

A RMS/GHC teve seu ato autorizativo, que autoriza e credencia seu funcionamento, concedido pela CNRMS, em 2018, no entanto, esta pesquisa pretende mostrar que, para além desses processos administrativos, o alcance dos seus frutos possui sustentações muito mais profícuas que um número de série no certificado.

Essa relação entre ser uma instituição do Ministério da Saúde-MS e estar regulada, já que se trata de uma Residência Multiprofissional em Saúde, pelo Ministério da Educação-MEC, inclusive, foi assunto e pauta de muitos fóruns internos. O próprio nome anterior “Residência Integrada em Saúde – RIS” e a oportunidade de contemplar, nos editais, outras disciplinas que agregam à área da saúde, como Administração e Educação Artística, tiveram que ser revistas devido ao padrão do MEC em somente aceitar as profissões reguladas como da área da saúde.

Nesse sentido, é importante destacar que o GHC tem, em seu quadro, profissionais da área da educação – como Educação Artística, Letras, Pedagogia, História, Sociologia, no cargo de técnico em educação, alguns desenvolvem seu trabalho diretamente na assistência ao usuário. No entanto, pela regulação do MEC, esses mesmos trabalhadores não podem ser certificados nem serem preceptores nas Residências Multiprofissionais em Saúde e, muitas vezes, possuem uma ampla titulação na área de saúde.

Como observado na Tabela de evolução da residência do GHC, as vagas que contemplavam essas categorias foram retiradas a partir de 2017 e o próprio nome do Programa teve que ser modificado para poder ser credenciado ao MEC, entretanto, é importante refletir sobre essas “amarras” impostas e presentes no universo de regulação de um órgão que deveria trazer, em sua concepção pedagógica, conforme elencado em seus princípios, na própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e em outros documentos-base, liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; o pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas; vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais e a interdisciplinaridade entre as áreas e disciplinas.

Neste estudo, no entanto, sem desconsiderar a importância dessa discussão, o objetivo é mostrar fruto desta RMS, que perpassa os números que serão mostrados

– como mostra um dos relatos dos egressos na questão de comentários abertos do formulário desta pesquisa (abaixo). Tais dados trazidos na sequência do estudo servem para sustentar mais proteção à sua existência aos olhos daqueles que possam contestá-la, mas nunca deixaram de aparecer aos olhos de quem a construiu e constrói – apesar de todos os desafios relatados neste histórico.

“A formação no GHC foi o que me tornou uma pessoa melhor e, conseqüentemente, uma profissional mais qualificada e humanizada”. (Fala de participante 2)

Antes da apresentação desses frutos a partir dos resultados, no entanto, será apresentado o tema “pesquisa de egressos” - como uma das maneiras de mapear e dar visibilidade às formações oferecidas. Como uma grande potência desta residência foi a coletividade, esta pesquisa não poderia deixar de contemplar a opinião do egresso no processo – por isso, como já mostrado na Apresentação desta pesquisa, o egresso teve a oportunidade também de avaliar sua aprendizagem e a instituição formadora.

2.3 A PESQUISA DE EGRESSOS COMO ESTRATÉGIA PARA AVALIAR E PLANEJAR A FORMAÇÃO

*Eu tropeço no possível, e não desisto de fazer a descoberta do que tem dentro da casca do impossível.
(Drummond, Boitempo III, 1980, p. 43)*

Os estudos sobre os egressos de um curso podem abrir diversas possibilidades no campo do ensino. Entre estas, está a alternativa de verificar se estão trabalhando e em qual área estão inseridos, se estão sendo valorizados no mercado de trabalho e se a formação contribuiu para essa entrada. Além disso, dá visibilidade e uma devolução à comunidade, sobre o ensino desenvolvido, necessárias às áreas sociais em que se tem essa transparência como um dos princípios.

Ao oportunizar que esse egresso faça uma avaliação do ensino recebido, a pesquisa de egresso também traz elementos importantes para realizar uma análise dessa oferta. É uma maneira, também, de criar ferramentas de gestão para corrigir processos, rever conteúdos, qualificar as estruturas disponíveis, atualizar currículos,

entre outros. Ela está nos Planos de Desenvolvimento Institucionais de instituições da área da educação como uma maneira de buscar a atualização dos processos de ensino, com uma revisão que seja de acordo com a realidade e com as necessidades vistas pelo mercado de trabalho e na sociedade.

Considerando, ainda, que a RMS é uma formação em serviço e foi criada para formar trabalhadores para o SUS, esse tipo de estudo torna-se fundamental, uma vez que identifica a empregabilidade desses egressos, assim como a inserção real destes no sistema.

É relevante citar as Leis nº 9.131/95 e 9394/96 – que, respectivamente, criaram o Conselho Nacional de Educação e instituíram o Exame Nacional de Curso – que estabelece as bases e as diretrizes da educação no Brasil, sendo a avaliação institucional uma prioridade do MEC (este, por sua vez, com um papel regulador e controlador nas instituições de ensino).

A partir de 2004, com a Lei n. 10.861/04, o MEC instituiu o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES), que contempla uma forma integrada de avaliação e possibilita que a própria instituição verifique sua qualidade e o cumprimento de sua responsabilidade social – uma forma de autoavaliação. Essa legislação elencará a avaliação do egresso obrigatória para avaliação dos cursos de graduação. Além disso, entre as dez dimensões avaliadas no SINAES, uma delas faz referência à inserção profissional dos egressos e à participação destes no universo da instituição – o que demonstra a importância de abrir caminhos para pesquisas sobre os egressos e sua empregabilidade.

Cerqueira e colaboradores (2009) defendem que o acompanhamento dos egressos de ensino profissionalizante possibilitaria e legitimaria uma sintonia entre escola e mundo do trabalho. Assim, ter esse olhar é verificar se a escola está cumprindo sua função educativa e social ao inserir esses egressos nos serviços de saúde. Ainda, sobre o processo educativo, os autores falam que merece destaque: “porque estudos sobre egressos podem ser subsídios para estabelecer os objetivos de cursos, currículos, docentes e escolas” (p.306).

Em uma revisão feita por Meira e Kucgant (2008), a pesquisa de egressos apareceu como um indicador dentro da avaliação institucional, sendo relevante observar que o egresso vivencia situações dentro do seu campo de atuação que

remetem, diretamente, ao tipo de formação que recebeu, tendo-se um confronto da prática *versus* ensino. Isso embasaria a importância da visão de um egresso que tem condições de avaliar a adequação da estrutura pedagógica do curso e os aspectos que interferem no processo de formação.

As autoras trouxeram duas experiências de avaliação que contemplavam a pesquisa de egressos, na Universidade Federal do Ceará e no Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia, em que ambas evidenciavam a importância de um processo avaliativo segundo a percepção dos egressos. Nas considerações apontadas, ainda, deram destaque à relevância de uma avaliação integrada entre os atores como uma forma de diálogo e qualificação do processo educacional, motivando transformações para um processo inovador e emancipatório.

Em outro estudo realizado com egressos dos cursos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) de Thuler et al. (2013), que contemplava cursos de pós-graduação *lato sensu* e de nível técnico do Instituto, no período de 2002 a 2009, e gerou 375 respostas, os autores conseguiram constatar que a avaliação do curso foi boa e foi possível tirar dois indicadores para melhoria: estratégias de garantia para realização da orientação de trabalhos de conclusão e necessidade de qualificação científica de orientadores e supervisores. Segundo os autores, a avaliação de egressos é uma necessidade que, cada vez mais, aparece no Brasil para identificar a qualidade da formação e a colocação dos profissionais no mercado de trabalho, além de nas áreas de ensino e pesquisa, importantes para inovação do país. Ainda, mesmo sabendo que a colocação de egressos no mercado de trabalho é multifatorial, é importante questionar até que ponto a instituição formadora teria essa responsabilidade.

Um estudo relevante para esta pesquisa foi realizado com Cursos Técnicos da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica/SETEC/MEC (Ministério da Educação, 2009), no período de 2003 até 2007, nessa pesquisa, foi possível criar um mapa da formação oferecida pelas Escolas Técnicas Federais a partir dos temas propostos, inclusive, observando-se as diferenças que são popularmente observadas entre as regiões do País.

Os objetivos do estudo eram: analisar a inserção dos egressos no mundo do trabalho; analisar as principais áreas em que se inserem; analisar a satisfação com

relação à contribuição do curso técnico para seu desempenho profissional; analisar sua trajetória na perspectiva de continuidade de estudos.

Os temas do instrumento contemplavam empregabilidade, continuidade dos estudos e avaliação da formação técnica recebida. O público foi composto de egressos dos cursos técnicos de nível médio das instituições da rede federal de educação profissional e tecnológica, totalizando 153 instituições envolvidas e 2.649 egressos na amostra. Muitas questões propostas nesta pesquisa foram retiradas desse estudo. Esses espaços e níveis de ensino públicos estão, atualmente, visados e disputando espaço nas políticas atuais, como se observa por meio de declarações de autoridades públicas questionando o papel e os resultados das instituições, além de movimentos de retirada de orçamento para o ensino público. No momento de divulgação dessa pesquisa da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, o secretário de educação do MEC na época, destacou, na apresentação do relatório (p.5), que a pesquisa vinha:

“...corroborar o atributo de qualidade e de credibilidade que a sociedade brasileira confere à Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica ou, para ser mais fiel, vem realçar o pensamento da sociedade que atribui às Escolas Técnicas Federais a condição de uma das mais bem sucedidas experiências em educação pública de qualidade de nosso país.” (Brasil, 2009, p.05)

Segundo o relatório da pesquisa (p.12), o espaço de relações sociais e econômicas onde estão inseridas as instituições de ensino é dinâmico e com muitas mudanças, trazendo desafios diversos à área da educação, que ocasiona a necessidade de estratégias e ferramentas para o acompanhamento dessas transformações.

“Neste sentido, os egressos das instituições de ensino se revelam como atores potencializadores de articulação com a sociedade, como fontes de informações que possibilitam retratar a forma como a sociedade em geral percebe e avalia estas instituições, tanto do ponto de vista do processo educacional, como também do nível de interação que se concretiza. Portanto, é fundamental que as instituições de ensino estabeleçam um canal de comunicação com este segmento”. (Brasil, 2009, p. 12)

Assim, é necessário, constantemente, analisar e avaliar a formação desenvolvida, os currículos propostos, o perfil de egressos, a inserção destes no

mercado de trabalho e, com isso, provocar atualizações para acompanhar esse processo dinâmico – pesquisas de egressos oportunizam essas ações.



PERCURSO METODOLÓGICO

“Sabê-lo e não dizê-lo.
Renunciar ao apelo de catalogar, rotular ou nomear o inominável.
Se permitir apenas sentir. É no sentir que reside todo o saber.”
(Maria Isis Meirelles Monteiro de Barros)

Esta é uma pesquisa social por tentar descobrir novos conhecimentos no campo da realidade social, que é entendida como um conceito amplo, envolvendo o homem e seus múltiplos relacionamentos com os outros e com as instituições sociais, aplicando-se às investigações das mais diversas ciências sociais (Gil, 2008). Ainda, nessa perspectiva, existem as preferências e os interesses da pesquisadora demonstrados nas questões abordadas e analisadas, que demonstra um envolvimento no fenômeno.

Caracterizou-se como um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa - que, de acordo com Gil (2002), pretende descrever as características de uma população ou o estabelecimento de relações e variáveis e serve para pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Ainda, buscam uma maior familiaridade com o problema, querendo torná-lo mais explícito ou para construção de hipóteses. São pesquisas utilizadas para estudar fenômenos pouco ou nunca estudados (Creswell, 2010).

Em pesquisas descritivas, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados e, no corte transversal, os estudos observam a situação de uma população em um determinado momento, descrevendo um instante da realidade. Este tipo de estudo, que pode ser chamado também de levantamento (Gil, 2002), é relevante para verificar o comportamento do participante, assim como para revelar opiniões e atitudes. Ainda:

“As pesquisas deste tipo caracterizam-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados.” (GIL, 2002, p. 50)

Pode apresentar limitações, como a pouca profundidade nos processos sociais. No entanto, como potencialidade, destacam-se: essas informações são as mais fáceis de obtenção (informações referentes a fatos); conhecimento direto da realidade; economia e rapidez; e quantificação (Gil, 2002, p. 50). Seus instrumentos usuais de estudo são: questionário, entrevista e formulário (Gil, 2002, p. 114), sendo que se optou por um formulário eletrônico, nesta pesquisa, pela praticidade,

facilidade e redução de custos para colher as respostas (Prodanov, Freitas, 2013, p. 108).

O método quantitativo demanda uma estratégia sistemática e objetiva no tratamento das suas variáveis, assim, nesta pesquisa, trabalhou-se com variáveis sociodemográficas, de inserção no mercado de trabalho, de continuidade dos estudos, de empregabilidade após e antes da residência e opinião sobre a formação, a estrutura e o processo de ensino e aprendizagem experienciados pelos egressos (Souza; Driessnack; Mendes, 2007).

3.1 POPULAÇÃO-ALVO

A população da pesquisa compreendia profissionais egressos dos sete Programas da RMS/GHC, no período compreendido entre 2004 e 2019 – que totalizava 730 egressos. É importante esclarecer que as turmas contempladas na amostra foram de 2004 até 2017, pois a RMS tem duração de 2 anos, com exceção do Programa CTB, que tem duração de 3 anos e não teve egressos da Turma de 2017 nesta pesquisa, pois a formação ainda estava em andamento. Egresso é considerado aquele residente que foi certificado na formação, cumprindo todos os requisitos para tal, ou seja, pessoas não aprovadas por qualquer motivo não são consideradas como egresso. Para este estudo, foi criada uma amostra representativa, explicada a seguir, que totalizou 279 egressos.

Como este estudo procurava estabelecer relações entre os Programas, a amostra representativa foi estabelecida por Programa, estatisticamente, para uma proporção adequada, considerando o número de egressos em cada um destes, assim, chegou-se ao “n” mínimo de 273, com nível de significância $\alpha=0,05$ e um intervalo de confiança de 95% (Tabela 2). Chegou-se a uma amostra de 281 residentes, sendo que dois não aceitaram participar na pesquisa, ficando com 279 respondentes.

Tabela 2 – Distribuição da amostra representativa segundo nível de significância $\alpha=0,05$.

Programa	N. esperado	N. alcançado
Saúde da Família e Comunidade	151	151
Atenção ao Paciente Crítico	57	60
Saúde Mental	32	32
Oncologia e Hematologia	17	20
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	6	10
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	2	3
Gestão em Saúde	2	3
Não aceitou participar da pesquisa	Não se aplica	2
TOTAIS	273	281

Fonte: Elaborada pela autora deste estudo.

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, durante os meses setembro, outubro, novembro e dezembro de 2019, por meio de aplicação do questionário com perguntas de múltipla escolha e subjetiva no Google Docs, ferramenta que permite coletar e armazenar as respostas de questionários. Para encaminhar o convite aos egressos, foram utilizados os endereços eletrônicos contidos no banco de dados da Secretaria Acadêmica da RMS-GHC.

Um e-mail de convite foi escrito aos participantes, com explicações sobre a pesquisadora e a pesquisa, no qual havia um link que dava acesso ao formulário. Ao acessar o link, o egresso lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, se aceitasse participar do estudo, as perguntas podiam ser acessadas.

Em um primeiro momento, o e-mail foi enviado, turma por turma, para facilitar o encaminhamento. Percebeu-se que em torno de 90 e-mails retornaram ou não foram enviados. Assim, em um segundo momento, foram utilizadas as redes sociais virtuais para solicitação e confirmação do endereço eletrônico dos participantes que tiveram os mails devolvidos à pesquisadora. A pesquisadora procurou pelos nomes cadastrados e enviava mensagem na própria mídia. Ao conseguir o endereço de

mail novo, a pesquisadora igualmente atualizava o cadastro dos egressos na Secretaria Acadêmica – isso não fazia parte dos objetivos da pesquisa, mas, por uma questão ética com o serviço, foi realizado também.

Utilizou-se, ainda, a técnica do Snowball Sampling, técnica da bola de neve, na qual alguns participantes forneceram dados para identificação de outros participantes, na tentativa de aumentar a abrangência da pesquisa (ATKINSON; FLINT, 2001). Essa técnica foi utilizada para os egressos que não responderam à mensagem nas redes sociais ou aqueles que não foram encontrados nestas.

O formulário escolhido abordou esses três temas: 1) perfil; 2) empregabilidade e 3) avaliação do curso pelo egresso e abordava questões como: características sociodemográficas; continuidade dos estudos; dados relativos à empregabilidade e à atuação profissional anterior e posterior à residência realizada; e avaliação da estrutura, do processo de ensino e aprendizagem vivenciados pelos egressos (Apêndice 1).

É importante destacar que o instrumento já havia sido aplicado em uma pesquisa anterior e, após sugestões realizadas nesse teste e na banca de qualificação desta pesquisa, ele foi atualizado.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados em planilha do Programa Microsoft Excel e, em seguida, foram organizados e convertidos para o formato de banco de dados para serem analisados no Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, na Versão 16. A análise descritiva e exploratória desses dados foi realizada por meio das distribuições de frequências e resumidas em tabelas que apresentam a caracterização dos egressos do curso por características sociodemográficas, continuidade dos estudos, empregabilidade e trajetória profissional e avaliação da residência feita pelo egresso. Ainda, foram construídos gráficos de colunas e barras para ilustrar as frequências das principais variáveis de interesse (Siqueira; Tibúrcio, 2011).

Foi calculada a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para as qualitativas. Foi realizado o Teste de Qui-

quadrado de Pearson buscando avaliar a existência de associação entre os dois grupos e as demais variáveis. Para todos os testes supracitados foi considerado um nível de significância $\alpha=0,05$ e um intervalo de confiança de 95%.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Grupo Hospitalar Conceição, pela Plataforma Brasil, obedecendo à determinação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 2012, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa. Este foi aprovado em 15 de julho de 2019 sob o número 19.100 (Anexo 1). Para participar da pesquisa, o participante teve que assinar, em forma eletrônica, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha informações sobre a pesquisa e a pesquisadora (Apêndice 2).

O sigilo, o anonimato e a privacidade das informações tanto no processo de desenvolvimento da pesquisa quanto do sentido de tornar público os resultados obtidos foram assegurados aos participantes, assim como o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que isso trouxesse algum dano. Os riscos aos participantes da pesquisa estavam relacionados ao desgaste físico e mental mínimos, na possibilidade de recordar eventos e momentos do seu processo de formação.

Para minimizar isso, a pesquisadora deixou claro que se colocava à disposição para encaminhar esses casos e que o participante poderia interromper a participação em qualquer tempo. Ainda, como é possível neste tipo de estudo, existia risco quanto à perda de dados e à perda de confidencialidade em algum momento do contato, que foram minimizados com perguntas que tentavam impedir o reconhecimento de situações e armazenamentos frequentes dos formulários que foram sendo respondidos.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Palavra, palavra
(digo exasperado),
se me desafia,
aceito o combate”.*

Carlos Drummond de Andrade

4.1 O MAPA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS EGRESSOS

É importante salientar, antes dos dados do perfil, que esta pesquisa possibilitou a busca de informações em relação aos egressos e à situação destes no mundo do trabalho, configurando-se uma ferramenta de análise para o planejamento, a definição de mudanças e atualizações das políticas educacionais da instituição. Além disso, seria uma espécie de prestação de contas à sociedade sobre a oferta – considerando que, em áreas sociais e públicas, isso deveria ser uma responsabilidade obrigatória e respeitada.

Nesta discussão, é balizar trazer essa questão, uma vez que estudos de egressos ainda são incipientes no Brasil, como constatado na busca de referenciais desta pesquisa, não somente nas residências multiprofissionais, mas no ensino em geral.

Contudo, ainda possibilitar que o egresso fizesse uma avaliação da formação recebida é uma oportunidade de avaliar a própria política de formação, bem como rever processos internos para qualificar o ensino oferecido. Alguns comentários dos egressos, no campo aberto desta pesquisa, possibilitaram identificar essa relevante ferramenta de informação e avaliação.

“ATUALMENTE, ESTOU NA ORGANIZAÇÃO DE UMA RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA EM ARARANGUÁ”. (Fala de participante 3)

“A residência é um grande diferencial no mercado de trabalho, abrindo muitas portas e nos preparando para atuação nos serviços. Me orgulho de ter sido residente do GHC, e agradeço a oportunidade dada. Como já mencionado na questão anterior, a formação em serviço e a construção de práticas e olhares multidisciplinares foram fatores centrais na qualificação do processo de aprendizado, além das possibilidades e da riqueza do campo de intervenção, da interface com a população usuária e com as instâncias de controle social”. (Fala de participante 4)

“Identifico a formação como ótima, entretanto, creio ser importante haver mais participações de gestores mais experientes como professores convidados, assim como, maior embasamento teórico nos espaços de aprendizagem teórica”. (Fala de participante 5)

Este estudo traz a descrição dos egressos da Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição, durante o período de 2004 a 2019, correspondente a 14 turmas dos anos de 2004 até 2017. Considerando que a residência tem um período de 2 anos com exceção do programa uniprofissional, que tem 3 anos, a

turma de 2017 deste programa uniprofissional não entrou na amostra por se formar somente em 2020.

A amostra do estudo foi composta por 279 profissionais das mais variadas profissões da saúde, isso representou em torno de 41% de retorno – nesse tipo de pesquisa, o esperado é 25% de retorno, ou seja, o número de respondentes está adequado e assegurou uma amostra representativa (Marconi e Lakatos, 2005).

As profissões integrantes entre os egressos da RMS/GHC são: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, educação física, educação artística, nutrição, psicologia, saúde coletiva, serviço social, terapia ocupacional.

Salienta-se que não foi possível separar e identificar os respondentes por categoria profissional no formulário eletrônico, uma vez que seu sigilo teve que ser preservado. A maioria dos programas abre uma vaga por turma em uma determinada profissão, então, seria possível identificar a pessoa – o que representaria a quebra de anonimato e sigilo.

A amostra teve representação de todas as turmas, sendo que o menor número de retorno foi das turmas mais antigas (2004 e 2006 – 1 respondente em cada uma; 2007 e 2008 – 7; 2008 – 5) e o maior retorno das turmas mais atuais (2013 – 21; 2014 – 25; 2015 – 27; 2016 – 41 e 2017 – 40). Esse fato pode dar-se porque as turmas atuais estão com o mail atualizado, não representando mails devolvidos ou não enviados e, ainda, por conterem mais vagas. A média de vagas oferecidas até o ano de 2007 era de 30 vagas, passando por um período de em torno de 60 vagas, entre 2009 e 2012, até chegar a ofertar em torno de 100 vagas entre 2013 e 2017 – o que significou um aumento de mais de 3 vezes a quantidade de vagas neste período.

Ao entrar no perfil sociodemográfico da amostra, constata-se que o número de mulheres é muito superior ao de homens – 90,3% desta era composta de mulheres e 9,7% de homens. Comparando-se os programas, separadamente, observa-se que o programa Saúde Mental - SME tem o maior número de homens, com 18,8%, e o programa Oncologia e Hematologia – OHE possui o maior percentual de mulheres (94,7%). Esse processo de feminização da área da saúde e da parte de serviços é fundamentado e observado em estudos e foi fundamentado no estudo de Wermelinger, et al (2010).

Conforme a referida pesquisa, nas últimas décadas, com a mudança na estrutura da sociedade, a afirmação do assalariamento e o acesso das mulheres em diferentes cursos e profissões, o panorama do mercado de trabalho modificou-se, sendo a mulher cada vez mais incluída no mercado. Na América Latina, entre 1960-1990, o percentual de mulheres trabalhando aumentou de 18 para 27%, no Brasil, em 1980 era 26,9% e, no final dos anos 90, já chegava a 47,2%, sendo que, na área da saúde, o contingente de mulheres chega a 70%.

Considerando-se as áreas públicas de educação e saúde, em cada 10 pessoas, oito são mulheres. Neste mesmo estudo e conforme a literatura, mesmo com a maior inclusão e acesso da mulher ao mundo do trabalho, ainda persistem as desigualdades salariais e os vínculos mais precários. Além disso, persiste também a cultura das denominadas “ocupações femininas” porque “a força de trabalho concentra-se nas ocupações com predominância feminina, como, por exemplo, serviços domésticos, área social, serviços administrativos em geral, área de educação e saúde”.

Esta pesquisa encontrou um resultado que está de acordo com a literatura e estudos parecidos, sobre os egressos em residências multiprofissionais, que trazem que o gênero feminino fica entre 84 – 92% dos egressos nos programas.

A média de idade dos egressos, considerando-se o ano em que estes ingressaram nos programas, é de 26 anos, ao observar essas médias por gênero, constatou-se que os homens possuem uma média de idade maior de 28 anos. Entre os programas, o que apresentou média acima da geral foi SME – com 28 anos, os demais se mantiveram na média.

Tal média comprova que esse dado está em consonância à política proposta para as residências multiprofissionais de incluir profissionais jovens no trabalho: “constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” – era o texto que trazia a Lei 11.129/2005 de sua criação. Os dados encontrados mostraram que a grande parte dos residentes encontra-se na faixa que vai até 30 anos – 90%, na faixa de 31 até 40, estão 9% e somente 1% está acima destas idades. Nos estudos

lidos, a média maior ficou nessa faixa de 20 a 30 (Brasil et al., 2017, Melo et al., 2012, Mota, 2016).

No que diz respeito ao estado civil, solteiros representam 49% dos egressos e casados ou em união estável representam 27 e 21%, o que mostra um equilíbrio de estado civil entre solteiros e os que apresentam uma relação estável. Apenas 3% dos respondentes são divorciados.

Entre os programas, os que mais apresentam o estado civil solteiro são AMIO, CTB e GES – com porcentagem entre 60 e 65%. A maior porcentagem de casados e em união estável é dos programas APC e Saúde Mental – com 48 e 56% respectivamente – programas que também possuem uma média de idade maior.

Em relação aos casados ou com união estável, 60% destes moram com cônjuges (36%) ou cônjuges e filhos (24%). No geral, 22% dos egressos moram sozinhos, 12% destes moram com os pais ou com algum dos pais, 5% com amigos e 1% com outros familiares (avós ou irmãos).

Ao se analisar que a maioria dos egressos é jovem, veio do interior do Estado e é solteira, como os dados mostraram, explica-se que a RMS traz muitos desafios em suas vidas. Isso é observado pelos profissionais e preceptores que acompanham os residentes. Muitas vezes, além de lidar com a primeira experiência profissional, os residentes devem vivenciar sua primeira mudança – saindo do interior, da sua rede familiar e de contatos e vindo para uma Capital – onde ficam sem essa estrutura. Isso também explica os vínculos que criam entre si, estabelecendo muitas amizades, que perpassam o tempo da residência.

No perfil de raça/cor, encontrou-se que 90% dos residentes declarou-se da cor branca, 7% parda e 3% preta. O resultado está próximo dos dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando-se a faixa de idade encontrada na residência, para o Rio Grande do Sul – quando o percentual era 84, 9 e 5% respectivamente (indígenas eram 2%).

Entre os programas, observou-se que os programas que mais apresentam pessoas da raça/cor branca são APC e OHE (92 e 100%) – e os que mais possuem negros e pardos são AMIO, SFC e SME (20, 11 e 9%) – sendo que a declaração maior é de pardos nesses programas (entre 5 e 8% do percentual), enquanto os declarados como negros ficam em torno de 3%. Esse dado varia entre as regiões do

Brasil e fica próximo do dado do censo. Em um estudo em Salvador, na Bahia, o percentual de negros e pardos chegou a 70% (Castro, 2014) – estando próximo do censo que apontou 80% (IBGE, 2010).

A síntese desta parte das características gerais dos programas de sexo, idade, estado civil e cor estão na Tabela 3 – a seguir.

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

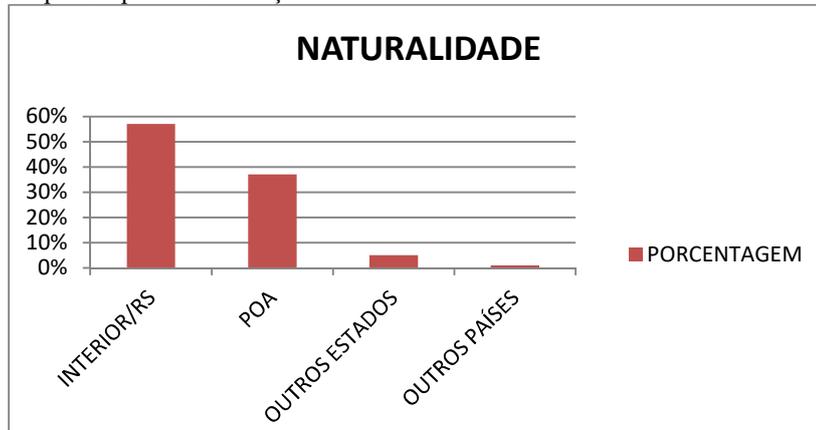
Característica	N.	%
Sexo		
Feminino	250	90
Masculino	27	10
Ignorado	2	-
Grupo etário (anos)^a		
< 30	241	87
30 até 34	24	9
35 até 40	10	4
41 e mais	2	-
Ignorado	2	-
Estado civil		
Solteiro	135	49
Casado	75	27
União estável	57	21
Divorciado	10	3
Ignorado	2	-
Raça/Cor		
Amarela	1	-
Branca	248	90
Parda	19	7
Preta	8	3
Não informado	2	-
Ignorado	1	-

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

A naturalidade mais encontrada foi em municípios do interior do Estado – em que estão 57% dos egressos, bem distribuídos entre as diferentes regiões do RS. A região metropolitana corresponde a 8% desses egressos. São nascidos na Capital 37% dos respondentes, 5% dos concluintes nasceram em outros estados e 1% nasceu fora do Brasil.

Os programas que mais têm egressos que nasceram no interior são Atenção ao Paciente Crítico – APC (61%) e Saúde da Família e Comunidade - SFC (60%), e o que mais tem naturais da Capital é Gestão em Saúde – GES (65%), Atenção Materno-infantil e Obstetrícia (50%) e OHE (47%). Os programas AMIO, APC e SME têm entre 7 e 10% dos seus egressos nascidos em outros estados (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Naturalidade dos egressos da Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição.

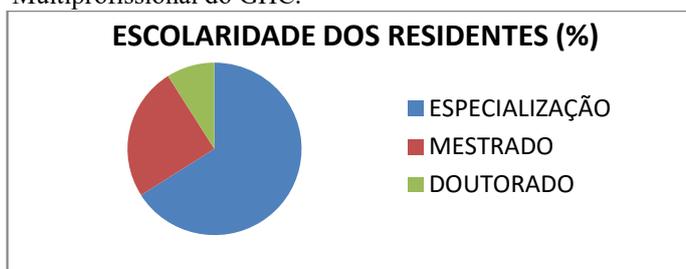


Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Um dado importante para este tipo de pesquisa é a escolaridade dos pais. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2014, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrou-se que a escolaridade dos pais influencia diretamente o grau de instrução e o rendimento dos filhos. Nesta pesquisa, não apareceu uma relação entre a escolaridade mais alta dos pais e a remuneração ou a empregabilidade, talvez, por se tratar de um nível de ensino de especialização – que não acontece em níveis técnicos e graduação, onde existe essa relação.

Encontrou-se, entre os egressos, que 66% deles possuem especialização, 25% têm mestrado e 9% chegaram ao doutorado. Todas essas porcentagens são muito superiores em relação aos pais – como será visto a seguir (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Escolaridade atual dos egressos da Residência Multiprofissional do GHC.

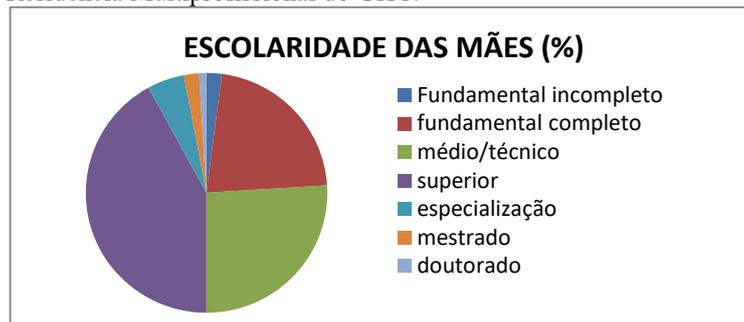


Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Entre a escolaridade das mães, a maioria das mães possui nível superior (42%), seguido de ensino médio (26%) e de ensino médio ou técnico (26%) – os graus mais elevados de escolaridade (especialização, mestrado e doutorado) representaram 8% das mães, sendo que o maior número é de especialização (5%). O menor número encontrado foi de mães com doutorado (1%) e fundamental incompleto – 2% (Gráfico 3).

Ao separarmos os programas, o que possui o percentual de mães com ensino fundamental incompleto superior à média é SFC (3%). Os programas com a média maior de mães com ensino superior é SME (56%) e OHE (53%). APC e SME apresentam mães com especialização acima da média geral (7 e 6% respectivamente) e somente o programa SFC possui mães com doutorado (2%).

Gráfico 3 – Escolaridade das mães dos egressos da Residência Multiprofissional do GHC.

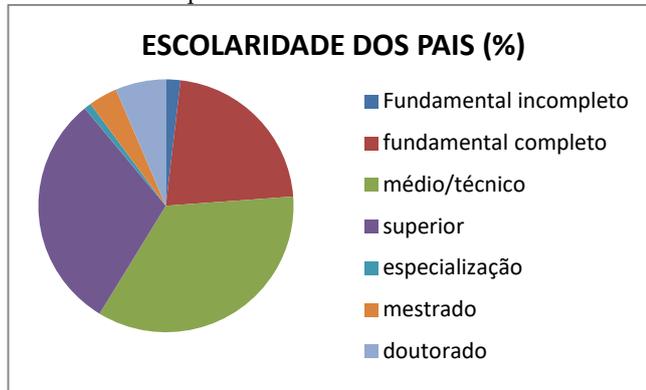


Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Nos pais, a maior escolaridade encontrada foi nível médio ou técnico (38%), seguido de nível superior (33%) e de fundamental completo (24%) – os níveis de escolaridade superiores representaram 12% - com o mais alto sendo doutorado – 7% (Gráfico 4). Os pais com ensino fundamental incompleto representam a população menos frequente – 2%, seguida do mestrado, com 4%. Não houve uma pergunta para identificar se os pais com doutorado possuem mestrado anterior, apenas foi identificada a escolaridade naquele momento do preenchimento.

Em relação aos programas, o que possui a média maior da geral no ensino fundamental incompleto é APC (7%). As maiores médias encontradas para ensino superior foram nos programas SME (45%) e OHE (42%).

Gráfico 4 – Escolaridade dos pais dos egressos da Residência Multiprofissional do GHC.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Considerando-se, por exemplo, mestrado e doutorado, 34% dos residentes chegaram a essa titulação, enquanto apenas 3% das mães e 11% dos pais conseguiram chegar a esta titulação. Ao se analisar a especialização, que é o título proporcionado pela RMS, 66% dos egressos têm esse título, ao passo que apenas 5% das mães e 1% dos pais o possuem. O Brasil tinha, em 2016, 7,6 doutores para cada 100 mil habitantes, ou seja, a escolaridade do grupo de egressos está bem acima de média nacional (CGEE, 2016).

Sabe-se que a proporção de jovens (18 até 24 anos) incluídos no nível superior aumentou 54% no período de 2002 até 2012, segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2013 (IBGE, 2013). Além desse fator, no mesmo período, cresceram os investimentos públicos em universidades federais e em programas de inclusão universitária - esses fatos podem contribuir com essa maior titulação dos egressos – pois pega grande parte do período analisado aqui. As gerações anteriores, as quais fazem parte os pais dos egressos, não chegavam a graus tão altos de titulação.

4.2 O MAPA DO PERFIL DA EMPREGABILIDADE DOS EGRESSOS

Nesta parte, serão apresentados e discutidos os dados relativos ao perfil de empregabilidade dos egressos, assim, será possível identificar algumas características, como: se estão trabalhando, se estão na mesma área da formação recebida, sua remuneração e sua carga horária, o tipo de vínculo, entre outros.

Como será visto nas falas de alguns egressos a seguir, mesmo após 15 anos de regulamentação da RMS, ainda existe o desafio de incorporar esses profissionais, de forma valorizada, no mercado de trabalho. Cabe salientar que esta é uma residência ligada a um complexo público vinculado ao Ministério da Saúde, ou seja, a estrutura e o vínculo dos atores envolvidos no processo de ensino, embora tenham seus desafios, não apresentam essa precariedade percebida com mais intensidade na rede de saúde – como justificado nos comentários feitos por dois dos egressos na questão de comentários abertos do formulário.

“Sair do espaço do GHC, como muitos de nós falamos, a tal “bolha GHC” também é difícil, pois vemos que a realidade de outras instituições, bem como o espaço de trabalho é muito mais difícil. Falta recursos básicos que no GHC conseguíamos/tínhamos. Hoje após duas residências pelo GHC, trabalho no SUS, porém via contratação CLT e com sobrecarga de trabalho” (Fala de participante 6)

“Não sei se meu comentário será útil, mas o que eu vejo na prática e por trabalhar em um município do interior, é que os serviços do interior se distanciam em grande parte do serviço que vivenciei no GHC. Por exemplo, no meu caso, sou concursada 20 horas e sou cobrada a todo o momento por quanto procedimento eu consigo realizar. Trabalho em uma equipe, que apesar de ser descrita como ESF, não funciona nos moldes como tal” (Fala de participante 7)

No entanto, é importante ressaltar que, assim como isso pode ser benéfico pode ser igualmente preocupante em períodos de disputas e tensionamentos como a atualidade. Este trabalho surge na tensão desse contexto, como já explicado, pois a primeira pergunta que uma nova gestão faz é “quais os números que o serviço tem para comprovar isso?”.

A mudança de proposta de sociedade e a reestruturação do Estado apresentadas atualmente já refletiram na RMS, assim, nota-se um movimento de enfraquecimento dos espaços democráticos e um maior controle de temas e na liberdade de expressão – como relatado por um dos egressos.

“Mudanças ocorridas no último ano de residência desqualificam a formação... Fechamento/ deslegitimação dos espaços de participação dos residentes...”. (Fala de participante 8)

Essa realidade de uma instituição com mais estrutura, como a pesquisada neste trabalho, e a realidade da rede de serviços faz com que, frequentemente, a matriz curricular atualize-se para contemplar esse cenário externo – assim, além de trazer experiências diversas para os espaços teóricos, procura-se incluir trabalhadores de outras vivências nestes. Essas atualizações são realizadas em momentos de avaliação com todos os atores envolvidos no processo. Além disso, estimula-se, nas discussões, que esse cenário seja considerado, pois os investimentos e o modelo de saúde ampliado, proporcionado pela RMS, em uma prática interdisciplinar, são diretamente afetados por esses fatores.

“Fico feliz em ver a evolução da Gep ao longo dos anos. A escuta realizada junto aos residentes sobre os entraves e potências no processo de residência que diante os profissionais comprometidos buscam qualificar os espaços de formação, mesmo diante contextos sombrios como os atuais”. (Fala de participante 9)

Como esta RMS pertence a uma instituição pública e configurando-se a RMS como uma proposta de aprendizagem em ensino-serviço “no” e para “para” o Sistema Único de Saúde (Ceccin et al., 2018), uma parte desta análise versará sobre os princípios e as diretrizes do SUS. Assim, os egressos puderam avaliar se utilizam estes na sua prática, bem como os fatores que mais os fizeram escolher a RMS/GHC e o que a residência mais se destacou, sendo o SUS e suas políticas presentes nessas duas questões.

Percebe-se, em estudos realizados e no cotidiano das RMS, que é recorrente o caso de residentes que têm mais de uma residência, os motivos variam desde a falta de inserção no mercado de trabalho até a possibilidade de aprofundarem o estudo prático em outra área. Nesta pesquisa, 10% dos egressos apontaram que já realizaram outra residência, destes 8% fizeram no programa do estudo e 92% em outros programas. É importante destacar que não havia uma pergunta relacionada aos egressos que começaram sua segunda RMS e a interromperam por conseguirem alguma inserção no mercado de trabalho, então, poderia inferir-se que esse percentual poderia ser maior.

Observa-se que a maioria dos egressos faz sua segunda residência por não conseguirem entrar no mercado de trabalho – como relatado nos comentários feitos por egressos na questão de comentários abertos do formulário.

“Temos uma formação voltada para o SUS, porém nem sempre após a conclusão conseguimos nos inserir no mercado de trabalho e no SUS. Por receio de não conseguir me inserir emprego, quando finalizei a primeira residência em 2017, acabei optando e conseguindo ir para a segunda residência, o que não é nada fácil, pois só quem já fez residência, sabe o quão é puxado emendar uma atrás da outra. Observei que como eu, muitos outros colegas também seguiram esse caminho”. (Fala de participante 10)

“Continuo, mesmo anos após, entendendo a RIS como um espaço de formação para recém-formados, e não para pessoas que não conseguem se colocar no mercado de trabalho como única e exclusivamente visto como fonte de renda”. (Fala de participante 11)

“A residência forma profissionais, mas as instituições de saúde não conseguem aproveitar e contratar esses profissionais”. (Fala de participante 12)

Ao se analisar a grande inclusão de jovens no nível superior já apresentada que aumentou mais de 50% no último período e à diminuição, entre 2015 até 2017, de menos 2,3 milhões de postos de trabalho no Brasil (IBGE, 2018), pode-se verificar que isso pode gerar a migração desses profissionais, para vínculos menos formais, por uma necessidade de inserção. Segundo relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, ao fazer uma análise de vários indicadores do mercado de trabalho, a taxa de ocupação, que é medida pela proporção de ocupados em relação à população em idade de trabalhar já registrava uma queda preocupante em 2015, relacionada em grande parte pela diminuição de postos de trabalho (IPEA, 2016).

Ainda, como se constata nos últimos anos em relação ao número de trabalhos informais, o contingente de profissionais nessa situação vem aumentando de maneira significativa - em 2014, representava 39% da população ocupada, passando para 41,4% em 2019 (IBGE, 2019).

Embora esse quadro de precarização do trabalho esteja colocado em evidência, o percentual de soma de egressos trabalhando e trabalhando e estudando, nesta pesquisa, chegou a 93% - 66 e 27% respectivamente. Egressos que estão apenas estudando representam 5% e desempregados e não estudando 2% - um percentual baixo comparando-se o contexto que se apresenta no Brasil.

Esse resultado sobre empregabilidade ficou superior a outros similares encontrados na literatura. Em um estudo com 22 egressos de RMS em Sobral, no

Ceará, no período de 2007 até 2010, encontrou que 77% estavam trabalhando, 9% apenas estudando e 14% de desempregados (Melo et al., 2012). Em outra pesquisa, com 24 residentes multiprofissionais do Hospital de Clínicas de Pernambuco, no período de 2012 até 2015, constatou-se que 83% dos egressos estão trabalhando e 17% apenas estudando (Mota, 2016).

Ao se analisar o percentual de desempregados desta pesquisa aos estudos citados acima, o número de desempregados foi significativamente inferior ao encontrado nelas – neste estudo, ficou apenas com 2% das respostas. Ainda, é importante destacar que egressos que não trabalham e não estudam não foram encontrados nos seguintes programas: CTB, SME, OHE e SFC. Os que apenas estudam foram encontrados em OHE (3%), SFC (7,3%), AMIO (10%) e SME (10%).

Observando-se melhor os programas separadamente (Tabela 4), constata-se que os programas que mais empregaram foram CTB (100%), APC, (97%), SME (97%) e SFC (93%). Os programas que ficaram abaixo da média percentual foram OHE (89%), AMIO (90%) e GES (34%), sendo que OHE ficou próximo da média geral.

Tabela 4 – Empregabilidade por Programa dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do período 2004 – 2017 (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Trabalhando ou Trabalhando e estudando	% Estudando	% Nem trabalhando nem estudando
Atenção ao Paciente Crítico	97	-	3
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	90	-	10
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	100	-	-
Gestão em Saúde	33,33	33,33	33,33
Oncologia e Hematologia	89	11	-
Saúde da Família e Comunidade	93	7	-
Saúde Mental	97	3	-

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

O programa SFC é o que possui o maior número de egressos da RMS e o segundo que mais empregou em Porto Alegre (41%). Algo que ocorreu no município no período da pesquisa (setembro de 2019) e pode ter interferido na empregabilidade deste programa nesta pesquisa, que é direcionado para a atenção básica em saúde, foi que em torno de 1.800 (mil e oitocentos) trabalhadores do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (Imesf) foram ou estão sendo

demitidos em função da terceirização dos serviços de atenção básica de saúde, proposta pela prefeitura de Porto Alegre. Mesmo que esse programa tenha um número alto de egressos no mercado de trabalho, é possível inferir que esses valores poderiam ser mais altos, pois, em acompanhamentos informais realizados, sabe-se que muitos egressos do SFC trabalham no Imesf.

Segundo Antunes (2007), no interior da flexibilização da organização do trabalho, a terceirização é a principal forma encontrada. Esse tipo de processo faz parte da reestruturação produtiva do trabalho e causa muitos impactos no mundo trabalho, uma vez que propõe a flexibilização das relações e a precarização do trabalho - com uma marca de insegurança e instabilidade desses vínculos (Magalhães, 2015). A terceirização, portanto, seria uma forma de transferir responsabilidade de ações e serviços do Estado para empresas privadas que controlam e agem em favor do mercado – fragilizando os vínculos e a proteção dos trabalhadores.

A diferença de empregabilidade do curso de GES dos demais pode ter ocorrido porque muitos egressos deste programa são da Saúde Coletiva – que é uma categoria nova na área da saúde (as primeiras turmas formaram-se em 2012) e com dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho. Desde a fundação do programa, em 2013, 75% dos egressos são da Saúde Coletiva.

Um estudo de Lorena et al. (2016), com 144 egressos, de 2012 a 2014, mostrou que 57,6% dos egressos do curso não trabalhavam na sua área ou estavam se dedicando aos estudos, enquanto somente 42,40% estava atuando na área de formação. Em um estudo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de 2016, com 42 egressos das turmas de 2012 até 2015, 76,19% não se consideravam inseridos no mercado de trabalho, apenas 23,81% se considerava inserido (Silva et al., 2017).

Ao se analisar o vínculo anterior (antes desta RMS), a maioria dos egressos era estudante (55%) – o que está de acordo com um dos achados desta pesquisa, que a RMS está sendo proposta para empregar jovens adultos conforme sua legislação de criação. Outros 20% dos egressos eram profissionais com vínculo privado, 14% eram autônomos, 3% profissionais públicos, 3% temporários e 2% sem vínculo. Entre os programas, aqueles que mais apresentavam estudantes antes da

residência eram SFC (48%) e OHE (47%) e AMIO (40%), e os programas que mais tinham autônomos/prestadores de serviços eram APC e SME – ambos com 24%.

Ao relacionar o vínculo anterior à RMS e empregabilidade atual, nesta pesquisa, foi encontrada uma significância estatística ($p < 0,05$) – isso significa que a RMS contribuiu para a inserção dos egressos no mercado de trabalho. Observa-se que, antes da RMS, o maior bloco de egressos estava apenas estudando, enquanto que, após a formação, o bloco com maior visualização dos demais é de egressos que estão trabalhando e trabalhando e estudando – Gráfico 5.

Gráfico 5 – Comparação da ocupação dos egressos antes e após a RMS/GHC.

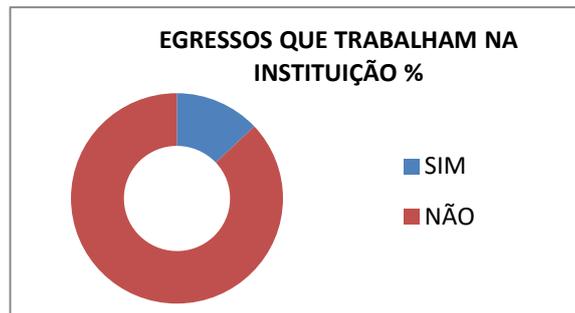


Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Esses resultados numéricos são compatíveis com a percepção apresentadas pelos egressos nesta pesquisa. Na questão que perguntava se o egresso achava que a formação realizada na RMS teria contribuído para sua inserção no mercado de trabalho, 90% respondeu que sim, enquanto 6% avaliou que não e 4% não sabia responder.

Em relação aos egressos que estão trabalhando ou trabalhando e estudando, 13% destes estão na instituição que fizeram a formação – no Grupo Hospitalar Conceição. Isso mostra que a própria instituição absorve uma quantidade alta desses profissionais, retornando seus estudos para qualificá-la (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Egressos que trabalham na instituição que ofereceu a formação – Grupo Hospitalar Conceição.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

O programa que mais possui egressos que ficaram no GHC foi APC (19%), seguido de OHE (17%), SME (13%) e SFC (10%) – as duas áreas que mais incorporaram egressos são hospitalares, onde existe a maior parte de postos de trabalho. Muitos destes egressos contribuem com a RMS da instituição, sendo orientadores de campo, docentes em espaços teóricos e preceptores. Além de dar o retorno para o SUS e para a própria instituição que os formou, essa inserção acaba fortalecendo a cultura de ensino em serviço e uma prática multiprofissional nas equipes – como mostra o comentário de um dos egressos da APC.

“Por estar presente, atualmente, no mesmo espaço onde realizei parte das minhas práticas durante a RIS, consigo destacar alguns pontos de mudança ao longo dos anos, que certamente contribuem para a qualidade do Programa hoje. Neste período, vários ex-residentes também se tornaram preceptores e supervisores de campo, por estarem hoje, assim como eu, alocados no local onde realizaram sua formação; entendem o propósito da RIS e buscam contribuir também com a formação dos residentes, tanto nos espaços teóricos quanto nos práticos. Além disso, a equipe multiprofissional que compõe nosso local de trabalho - UTI do HNSC - hoje também é mais preparada e receptiva ao Programa como um todo. Outro fator que contribuiu indiretamente foi a ampliação deste campo, possibilitando a alocação de um maior número de residentes. Hoje, sinto-me privilegiada em ter tido uma formação voltada ao SUS e atualmente poder dar este retorno ao mesmo Sistema, tanto com minha força de trabalho, quanto com as contribuições nos espaços teóricos”. (Fala de participante 16)

O município de trabalho dos egressos mostrou que, mesmo com 57% de nascidos no interior do Estado, está concentrada, na Capital, a maior quantidade deles (49%), o interior aparece em segundo lugar com 39% e outros estados com 9%. Ao comparar-se a naturalidade do egresso com o município de trabalho atual, houve um aumento de 38% para a Capital, mas isso não quer dizer que o egresso mudou-se após a RMS – muitos já migram no período do ensino superior. Dos egressos trabalhando, 2% estão atuando em mais de um município. No estudo que

ocorreu na Bahia, referido anteriormente, a migração dos egressos para Salvador foi superior (42%).

O programa que mais concentra profissionais na Capital é APC (74%) e os que mais têm egressos no interior são Saúde Mental (48%) e Saúde da Família e Comunidade (45%). Esses dados estão em consonância à proposta de organização do SUS. Segundo o Decreto 7508, de 2011, os municípios devem ter os serviços mínimos de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial e outros, sendo que a atenção básica configura-se como a porta de entrada e ordenadora do sistema, e as regiões maiores são as responsáveis por serviços mais complexos (como serviços de emergências e unidades de terapias intensivas). Essa força de trabalho em níveis secundários e terciários, então, está localizada com maior significância nas capitais. Lembra-se que a RMS analisada neste trabalho é antiga e oportuniza que seus egressos tenham um tempo maior de inserção no mercado de trabalho, procurando uma maior vinculação à sua área de especialização.

Na questão que perguntava se o trabalho tem relação com a área da RMS, 41% responderam que seu trabalho tem totalmente relação com a área, outros 33% disseram que tem relação parcial – ou seja, 74% dos egressos possuem um trabalho correspondente à área que fez a residência. Não ter um trabalho relacionado à formação apareceu em 26% dos egressos. A relação de trabalho e formação recebida encontrada nesta pesquisa foi superior à encontrada em pesquisas similares.

No estudo de Mota (2016), 46% dos egressos estavam trabalhando na área de especialização da RMS e 37% não estavam trabalhando na área. Segundo Melo et al. (2012), 53% dos egressos da RMS de Sobral-CE estavam trabalhando na área da RMS, enquanto 47% não estavam nesta. O estudo que apresentou maior número de egressos na área foi de Castro (2014), que analisou 148 enfermeiros da Residência em Terapia Intensiva, entre 2004 e 2012, o qual encontrou que 78% estavam inseridos na área.

Essa diferença pode dar-se porque existem mais postos de trabalho na enfermagem do que os demais profissionais. Segundo relatório do IPEA (2013), a criação de postos de trabalho na área foi a segunda com maior crescimento no

período entre 2009 e 2012, sendo o Rio Grande do Sul um dos estados que mais apresentou aumento junto a Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Entre os programas, a maior relação entre formação e trabalho foi nos menores – AMIO, CTB e GES – em que todos os egressos que estão trabalhando apresentam relação com a formação. Entre os programas maiores, os que mais se destacaram nessa relação foram SME (84%), seguindo de APC (77%), SFC (72%) e OHE (47%). Ao ser considerada a resposta “sim, totalmente” entre os programas, os percentuais mais altos foram APC (53%) e SME (52%) – representando que mais da metade dos egressos desses programas estão totalmente na sua área de residência (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação do trabalho dos egressos com a área da Residência Multiprofissional em Saúde

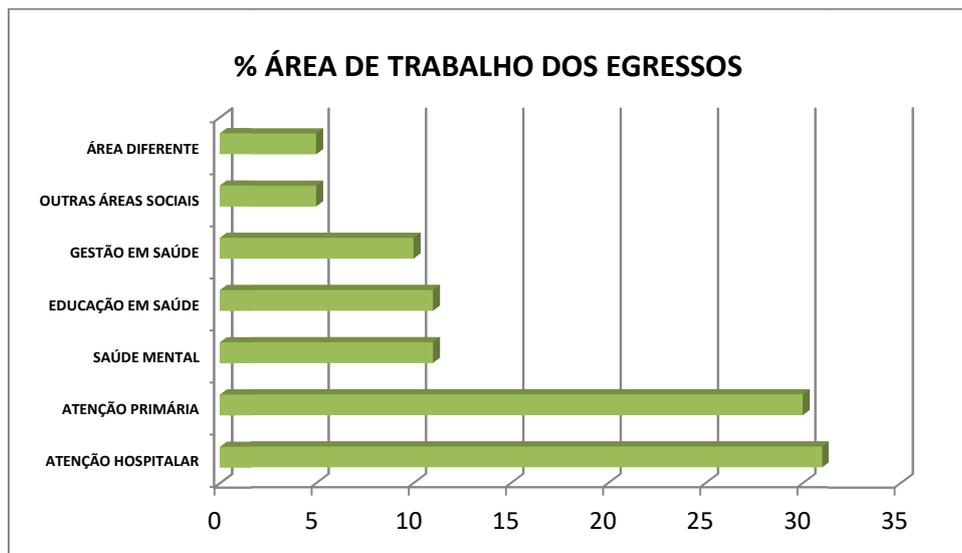
Programa	Totalmente relacionada	Parcialmente relacionada	Não relacionada
	%	%	%
Atenção ao Paciente Crítico	53	24	23
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	40	60	-
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	34	66	-
Gestão em Saúde	-	100	-
Oncologia e Hematologia	18	29	53
Saúde da Família e Comunidade	36	36	28
Saúde Mental	52	32	16

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

O programa que apresentou o maior número de egressos que não tem o trabalho relacionado à área foi OHE – com 53% - o dobro da média geral dos programas. Esse fato pode ser explicado por ser uma área da saúde muito especializada e em crescimento ainda, mesmo que o câncer configure-se como a segunda maior causa de mortalidade mundial, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (INCA, 2014), ainda é uma área pouco abordada nos currículos das faculdades e universidades (Luz et al., 2016). Além disso, estudos apontam uma carga de trabalho complexa nessa área (Cunha e Fuly, 2017), bem como um desgaste de profissionais com o luto e com o sofrimento dos familiares (Bordigon et al., 2015).

Entre as áreas que os egressos trabalham, considerando algumas categorias criadas de acordo com as respostas, as mais citadas foram Atenção Hospitalar/AH (31%) e Atenção Primária/AP – 30% (Gráfico 7). Nessa questão, os egressos elencaram mais de uma área, por estarem, em algumas situações, também trabalhando no Ensino em Saúde/ES (11%) e na Gestão em Saúde/GS (10%). A categoria Saúde Mental/SM foi referida em 11% das respostas.

Gráfico 7 – Áreas de trabalho atual dos egressos da RMS.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Como observado, o percentual de egressos que estão em outras Áreas Sociais/AS é igual ao que estão em Áreas Diversas/AD (5%). É interessante observar, na questão aberta, que os profissionais que estão atuando nessas duas categorias observaram que a RMS foi importante na sua trajetória – mesmo sendo em áreas diferentes.

“Mesmo que eu não esteja atuando na área que está formação me proporcionou, eu agradeço pelo conhecimento e toda experiência e vivência, marcaram minha vida e isso não é algo se perde”. (Fala de participante 17)

“Mesmo não trabalhando diretamente em um serviço de saúde mental, mas diversas situação me remetem a formação. Atualmente trabalho na rede de educação do ensino fundamental, são muitos os momentos que os alunos precisam de um olhar mais atento e uma escuta. E nesses casos o que sinto mais falta são das reuniões equipes para poder discutir os casos. Sempre levo para a equipe diretiva, existindo a necessidade encaminhamos para os serviços correspondentes (capsi, por exemplo), mas nem sempre a gravidade é tão grande, mas existe a necessidade de alguma intervenção”. (Fala de participante 18)

Se essa questão for analisada por programa, encontra-se relação entre a categoria citada e o programa, assim o programa que mais citou AP foi SFC (46%), os que mais citaram AH foram APC, AMIO e OHE (75, 66 e 59% respectivamente), o que mais citou a categoria SM foi SME (55%). Os programas que mais estão inseridos em gestão em saúde são: SFC (12%), APC (11%) e SME (10%). Em educação em saúde, estes mesmos programas também aparecem – SFC (13%), SME (10%) e APC (9%), mas é AMIO que tem o percentual mais alto – 22%.

Na categoria outras áreas sociais, os programas que mais têm egressos inseridos são: SME, SFC e OHE (19, 15 e 12%) – os demais programas não apresentam egressos que citaram essa situação. Os programas que mais aparecem em áreas diferentes são APC (7%) e SFC (5%) – o restante não referiu essa categoria.

Entrando na parte de satisfação profissional, 74% dos egressos estão satisfeitos com sua atividade profissional na atualidade, 19% referiram estar indiferentes e apenas 7% está insatisfeito. Ao observar a relação entre os egressos que estão satisfeitos na atividade profissional e a inserção na área de formação, foi constatado que existe significância estatística ($p < 0,05$) para essa relação.

Nesta pesquisa, também houve significância estatística entre a remuneração e a satisfação profissional – como referido na literatura, assim, os egressos que ganham mais referiram que estão mais satisfeitos com sua atividade profissional.

Estudos mostram que a remuneração é um fator de satisfação no trabalho associado a outros, como autonomia, interação e normas institucionais (Siqueira e Kurcgant, 2012). Em um estudo de Tambasco et al. (2017), com 40 profissionais de uma equipe multiprofissional, composta por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêutico, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, médicos, odontólogos, psicólogos, auxiliares de enfermagem e técnicos administrativos, os resultados apontaram que a relação e a comunicação com a equipe foram motivos significativos de satisfação profissional, assim como a comunicação horizontal entre os membros. Neste trabalho, a insatisfação profissional foi relacionada à má remuneração.

O quadro de crise econômica e instabilidade refletem no mundo do trabalho e também interferem nessas questões de satisfação, conforme relatou um dos egressos nos comentários.

“Infelizmente, o contexto sociopolítico atual é de desvalorização das políticas públicas, o que interfere diretamente na satisfação profissional após a formação da Residência, nos trazendo frustrações e nos fazendo sentir desvalorizados enquanto profissionais também”. (Fala de participante 19)

Nos estudos similares citados nesta análise, não foram encontradas referências à satisfação profissional, mas esse dado está próximo de um estudo feito com 149 egressos do curso de fisioterapia, formados entre 2001 e 2013, pela Universidade de Araraquara/SP, que apontou que 72% dos egressos estavam satisfeitos com sua atividade atual (Silva et al., 2018).

Em relação à remuneração dos egressos, a média salarial dos egressos foi de R\$ 5.150,00 – quase cinco salários mínimos (base de fevereiro de 2020), sendo que a diferença entre mulheres e homens, como aparece na literatura, foi significativa. Enquanto as mulheres recebem uma média de R\$ 4.975,00 – valor menor do que a média, os homens ganham uma média de R\$ 6.755,00 – seis salários mínimos e meio, isso representa que eles ganham 36% a mais do que as mulheres (uma diferença de quase R\$ 1.800,00).

A diferença encontrada neste estudo foi superior à média nacional do IBGE de 2018 e ficou igual à média que era encontrada em 2013. Também, não há uma significância estatística entre escolaridade e média salarial para apresentar tal diferença, uma vez que as mulheres só possuem titularidade menor em doutorado (10% versus 18%), em compensação, no mestrado, há um equilíbrio com uma leve superioridade das mulheres – 29% das mulheres eram mestras e 25% dos homens.

Nos estudos referidos anteriormente, isso não foi uma categoria de análise observada pelos autores. No entanto, esse fato está bem fundamentado nas pesquisas de mercado; dados atuais do IBGE mostraram que as mulheres recebem, em média, 20,5% a menos que os homens em todas as ocupações relacionadas na pesquisa – mesmo que representem 52,4% da população ocupada no Brasil (IBGE, 2018).

Essa desigualdade salarial não apareceu no quesito raça/cor como é encontrada em nível nacional – em que pessoas negras e pardas ganhavam 74% menos que pessoas brancas (IBGE, 2019). Ainda, a relação entre raça/cor e uma menor empregabilidade não foi percebida estatisticamente, assim como não foi encontrada em relação ao gênero.

Não é objetivo de análise nesta pesquisa, mas é importante mencionar, a falar sobre empregabilidade e mercado de trabalho, que a desigualdade de gênero e de raça/cor também aparece em outros indicadores nesses estudos, como, por exemplo, tipos de vínculo mais precários, cargas horárias excessivas e piores condições de trabalho, tendo a mulher negra e parda a maior vulnerabilidade nesse sentido.

A remuneração salarial é vista como superior à média do mercado por 58% dos egressos, enquanto que remuneração na média do mercado foi considerada por 29% dos egressos e abaixo da média foi encontrada apenas em 13% das respostas. Ao separar os programas, destacam-se os que avaliaram uma porcentagem de remuneração abaixo da média: SME (16%) e SFC (15%), enquanto outros que avaliaram remuneração acima da média APC (67%) e AMIO (66%). Os programas CTB e GES avaliaram que estão na média, e OHE apresentou 12% abaixo da média, 18% na média e 70% acima da média do mercado.

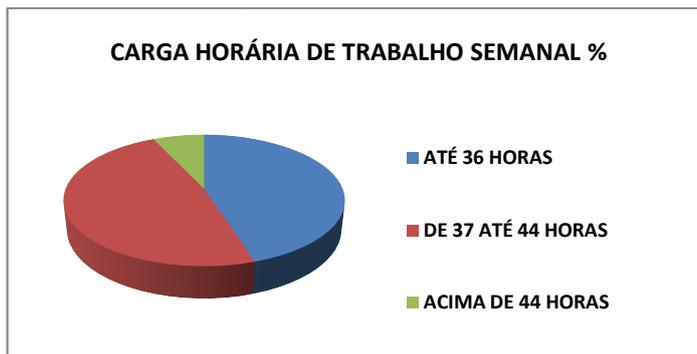
Um dado importante de relacionar é se uma maior titularidade do egresso significa uma maior remuneração, assim, as titularidades respondidas sofreram uma hierarquização de acordo ao salário – ou seja, quanto maior era a titulação do egresso (especialista, mestre e doutorado) maior era seu rendimento. É importante destacar, novamente, que a titulação não apresentou significância estatística para a diferença salarial encontrada entre os gêneros.

Em relação à carga horária semanal de trabalho, a média encontrada foi de 40 horas semanais, que representa vínculos de acordo à legislação do trabalho, que coloca um teto de 44 horas semanais previstas na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (Brasil, 1943). No estudo de Melo et al. (2012), a maioria dos egressos entrevistados trabalhava 40 horas semanais e 18% trabalhava acima dessa quantidade. Nesta pesquisa, apenas 7% dos egressos apontaram uma carga horária maior que 44 horas semanais, sendo que eram dos seguintes programas: APC (29%), SFC e SME (24%), OHE (17%) e AMIO (6%).

Dos egressos que trabalham ou estudam e trabalham, ainda, 42% possui uma carga horária de até 36 horas semanais, destes egressos com essa carga menor, 68% trabalha até 30 horas. No estudo referido acima, até 36 horas de trabalho semanal foi encontrado em 24% dos egressos. Comparando os programas,

os que aparecem com maior incidência nessa faixa de carga horária menor (até 36 horas) foram SFC, APC e SME – com 51, 26 e 11% respectivamente, ou seja, os mesmos programas que aparecem com maior carga horária também representam os que possuem egressos com a menor quantidade de horas trabalhadas semanalmente. Uma representação da carga horária geral está no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Carga horária semanal de trabalho dos egressos.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

No tipo de vínculo de trabalho, o egresso podia marcar mais de uma opção – uma vez que alguns egressos possuem mais de um vínculo (que é uma característica da área da saúde). As categorias foram caracterizadas conforme a característica colocada no formulário e ficaram divididas como: Autônomo/Prestador de serviços, Público, Privado, Bolsista, Temporário e Informal. O vínculo público foi o que mais apareceu na resposta de 45% dos egressos, seguido de vínculo privado (39%) e autônomo/prestador de serviços (12%). Os demais tipos de vínculo apresentaram a seguinte incidência: temporário (5%) e bolsistas e informais (2%).

No estudo de Mota et al. (2012), empregos com vínculo público e privados foram considerados como “contrato de duração indeterminada” e representou 32% dos egressos, enquanto que “temporários” teve a maior incidência com 53% e autônomo ficou em 4%. No estudo de Mota (2016), o vínculo público apareceu em 58% dos egressos, privado (25%) e outros (17%).

Entre os programas, os que mais citaram vínculo público foram SFC (50%), SME (42%), APC (40%) e OHE (39%). Vínculo privado foi encontrado com maior ocorrência no programa AMIO (66%), e CTB apresentou o maior número de

autônomos (66%). Na categoria bolsista, somente egressos dos programas OHE e SFC referiram seu vínculo (6 e 3%). Em relação a vínculo informal e temporário, que apareceram em todos os programas, com exceção de CTB e GES, a maior ocorrência de informalidade foi em OHE (6%) e de vínculo temporário SFC – também com 6%.

Mesmo que essa inserção esteja de acordo com as pesquisas realizadas, os egressos ainda avaliam que existe baixa oferta de vagas na sua região (40%), apenas 20% considera que essa oferta é adequada. Dos que consideram baixa, 48% trabalham no interior, 39% em Porto Alegre, 12% em outros estados e 1% em outro país. Na melhor avaliação de vagas, Porto Alegre aparece com 62%, enquanto o interior aparece com 31% e outros estados com 7% de ofertas adequadas segundo a opinião do egresso.

Os programas que mais citaram dificuldade na oferta de vagas foram SME e SFC – 43 e 42%, enquanto APC apresentou o maior percentual de ofertas oferecidas na visão dos egressos (25%).

Na questão da exigência da capacitação profissional e a formação recebida na RMS, 59% dos egressos avaliaram que está compatível, 26% consideraram que a exigência do trabalho está inferior à capacitação recebida e 15% dos egressos referiram que a exigência está superior à capacitação que receberam na residência. A exigência do trabalho compatível com a formação recebida na RMS foi respondida por, no mínimo, a metade dos egressos de todos os programas, enquanto os egressos que mais citaram que sua formação foi superior à exigência apresentada no trabalho foram APC e SFC (26%) e os que mais julgaram que a formação foi inferior à exigência do trabalho SME (28%).

Ao entrar na aplicação dos princípios e das diretrizes do SUS na sua prática profissional, os egressos puderam responder, segundo sua percepção, o quanto aplicavam esses princípios, considerando a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a igualdade no atendimento, a preservação da autonomia das pessoas, a utilização da epidemiologia e a participação da comunidade.

Esse é um item de análise importante neste estudo e estava entre um dos seus objetivos específicos, uma vez que os campos de prática desta RMS são em uma instituição pública que faz 100% de seu atendimento pelo SUS, organizando os

projetos pedagógicos e as matrizes curriculares dos programas com base na agregação teórica e prática do sistema. Algumas falas dos egressos comprovam essa consonância entre a formação que se oferece e o SUS (abaixo).

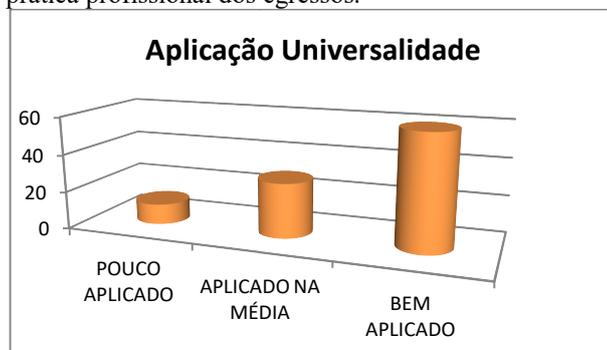
“... é extremamente relevante porque concretiza os preceitos constitucionais do SUS ordena a formação e desenvolve tecnologia e inovação em saúde. Essa formação acontece no SUS, algo extremamente inovador, ainda nos dias atuais.” (Fala de participante 20)

“...voltei a estudar e estou fazendo graduação em Saúde coletiva pelo olhar que a residência aflorou em mim e minha vontade de ser parte ativa do nosso sistema único de saúde”. (Fala de participante 21)

“A formação na GEP-GHC me proporcionou uma grande atualização de conteúdos, além de ter despertado novos olhares em relação aos usuários atendidos pelo sistema público de saúde”. (Fala de participante 22)

No princípio da universalidade, considerando esta como ao direito de acesso a todos os níveis de assistência, “bem aplicado” foi considerado pela maioria – 60%, enquanto aplicado “na média” ficou com 29% e “pouco aplicado” com 11% - Gráfico 9. Pode-se dizer, com isso, que o princípio da universalidade é aplicado por 89% dos egressos (quem aplica na média e bem).

Gráfico 9 – Aplicação do princípio da universalidade na prática profissional dos egressos.



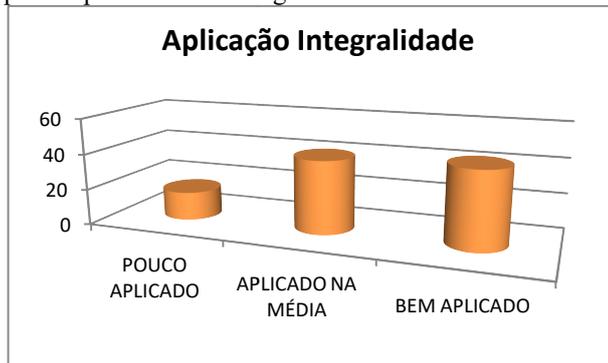
Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Entre os programas, destacou-se SME – que ficou acima de média - em que 68% dos egressos consideraram que aplicam bem esse princípio. O programa que ficou abaixo da média geral foi OHE, mesmo assim, metade dos egressos afirmou que utiliza bem a universalidade na sua prática (50%).

O segundo princípio analisado, a integralidade, foi descrito como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, feitos individual ou coletivamente, em todos os níveis de complexidade do sistema. Aplica bem este

princípio 43% dos egressos, 41% considerou que aplica na média e 16% que aplica pouco (Gráfico 10) - somados os percentuais de “aplica na média” e “aplica bem”, totaliza-se que 84% dos egressos aplicam integralidade na sua prática profissional. Nos programas, os egressos APC tiveram a média maior, comparada à geral, para os dois extremos: entre os egressos que menos aplicam (18%) e os que mais aplicam (47%).

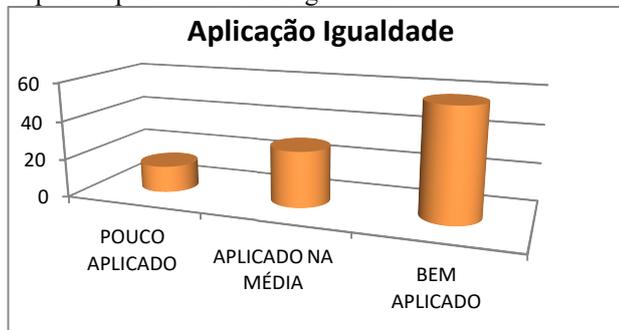
Gráfico 10 – Aplicação do princípio da integralidade na prática profissional dos egressos.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

A igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie foi um dos outros princípios analisados no formulário pelos egressos. Neste, a soma do percentual de quem aplicava foi de 86% dos egressos. Os egressos que consideraram que aplicam pouco foi em um percentual de 14%, os que aplicam na média foi 29% e os que aplicam bem, 57% (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Aplicação do princípio da igualdade na prática profissional dos egressos.

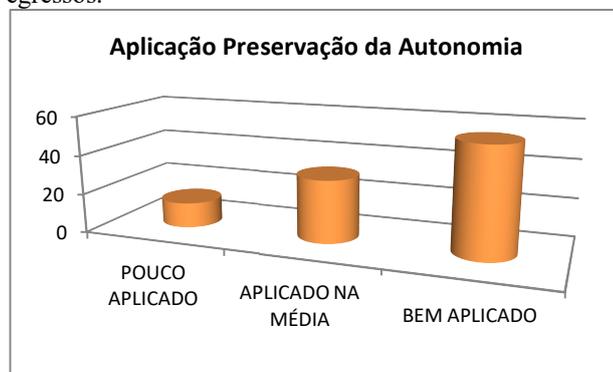


Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

Ao se observar os programas separadamente, os destaques em relação à média geral foram OHE – em que 65% dos egressos disseram aplicar bem este princípio, enquanto 20% dos egressos da APC falaram que aplicam pouco. Ambas as marcas são diferentes da média geral dos programas.

A diretriz de preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade, considerando esta como uma maneira de defender a integridade física e moral delas, foi vista, segundo o egresso, na prática de 87% do grupo. Aplicam-na bem 55% dos egressos, 32% aplicam na média e, 13%, pouco – Gráfico 12.

Gráfico 12 – Aplicação do princípio da preservação da autonomia das pessoas na prática profissional dos egressos.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

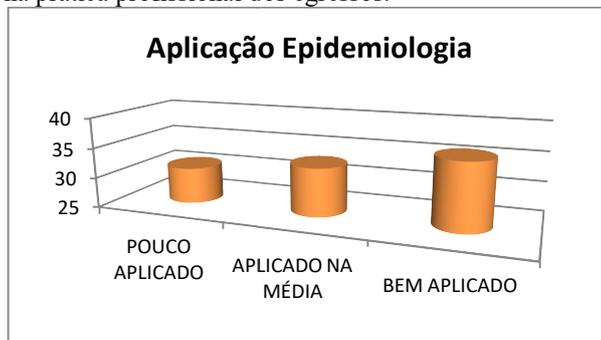
Novamente, um programa apareceu nos dois extremos da avaliação, superando as médias gerais, dessa vez, OHE. A polaridade foi marcada pelos egressos que entenderam que aplicam pouco (23%) e os que aplicam bem (60%). Esse fato deve ser explicado porque os itens analisados, nesta parte, são avaliados com base nas percepções dos egressos, então, a variação dessas concepções é explicável – uma vez que dependerá da experiência, do histórico, da cultura e das impressões de cada pessoa.

Ainda, a menor aplicação dos princípios do SUS na prática dos egressos da OHE, em toda esta parte da pesquisa, pode ser relacionada ao fato do tipo de trabalho que estão exercendo, uma vez que é o programa em que os egressos apontaram que possuem menos relação entre trabalho e formação realizada. Uma reflexão importante de se fazer é se existe espaço para esses egressos aplicarem os conhecimentos adquiridos em uma formação com forte relação com o SUS no

seu cotidiano e o quanto uma área mais especializada tem dificuldade de absorver os profissionais. Salienta-se que não houve diferença significativa nas avaliações entre os egressos que possuem vínculo público dos demais.

A diretriz da utilização da epidemiologia como uma maneira de estabelecer prioridades tanto na alocação dos recursos quanto na orientação programática da prática profissional foi observada na prática de 70% dos egressos – um dos itens pior avaliados desta parte. Essa diretriz foi a que apresentou o maior percentual de egressos que não aplicam – 31%; aplicam bem 36% dos egressos, na média, foi identificada por 33% dos respondentes (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Aplicação do princípio da epidemiologia na prática profissional dos egressos.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

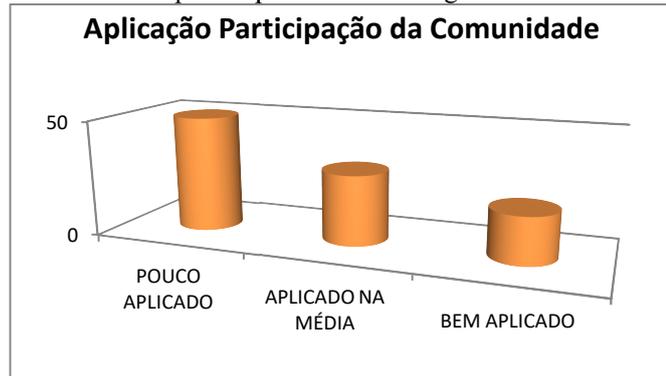
Os egressos dos programas que mais identificaram “bem aplicado”, nessa diretriz, foram SME (42%) e SFC (37%) – sabe-se que esses serviços lidam com mais dados epidemiológicos para aplicar suas ações programáticas e as campanhas de vacinação, tendo inclusive sistemas de dados nacionais para alimentar os dados.

A dificuldade dos serviços em utilizar a epidemiologia como um instrumento para planejamento de ações e serviços de saúde e destinação de recursos, como preconiza a Lei 8080/90, já era apontada no Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, nos anos 1995 e 2005.

A última diretriz do SUS analisada, participação da comunidade, que é uma diretriz constitucional, também teve percentuais mais baixos de aplicação pelos egressos. Foi a pior avaliação de aplicação pelos egressos de todos os princípios e diretrizes que entraram nesta pesquisa.

Nesta pesquisa, a participação da comunidade foi vista como aplicada por metade dos respondentes, sendo que apenas 20% dos egressos aplicam bem e os outros 30% aplicam na média. O percentual mais significativo foi de pouca aplicação da participação da comunidade na prática de trabalho do egresso – 50% (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Aplicação do princípio da participação da comunidade na prática profissional dos egressos.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

É interessante observar que um dos maiores espaços de participação observados e organizados no SUS são os conselhos, que são garantidos na própria Lei 8142/90. A atenção primária é vista como uma forma dessa articulação ocorrer com a comunidade. Assim, conselhos locais e distritais de saúde são localizados nas comunidades, que têm seus profissionais inseridos para respeitar a representatividade prevista em legislação para esses espaços.

Nesta pesquisa, os egressos do programa SFC foram os que menos apontaram essa participação na sua prática – apenas 18% e os que mais apontaram que a diretriz era pouco aplicada – 57%. Ao fazer uma análise somente dos egressos que trabalham na atenção primária, os percentuais de aplicação são ainda mais baixos – 62% dos egressos aplicam pouco, 21% aplica na média e apenas 17% aplica essa diretriz.

Por outro lado, a maior parte dos egressos apontou estar na atenção hospitalar (31%), que são instituições mais fechadas e possuem poucas aberturas em relação à participação da comunidade, encontrando-se um maior dispositivo de

participação apenas por meio das Ouvidorias. Os espaços de participação efetivos constituem-se como um dos desafios do SUS atualmente.

Segundo Melo et al (2016), em uma revisão que procurou descrever e analisar as práticas e discussões atuais sobre as experiências de participação social e Democracia nos espaços do SUS, de 2010 a 2016, mesmo que se tenha avanços nas práticas democráticas em instâncias do sistema, há uma série de desafios para que se alcance a efetiva atuação dos atores nos espaços de participação popular. Esses desafios podem ser explicados, também, pelo pouco tempo histórico de abertura democrática que o Brasil tem – a redemocratização começou nos anos 1980.

No estudo, ficou evidenciado que se estaria em um contexto de crise de representatividade, que, somado à desvalorização do conhecimento popular, à desinformação da população e à dependência de atores estatais para aplicarem propostas da comunidade, acabam enfraquecendo os espaços de controle social. Tais fatores também contribuiriam para que esses espaços sejam complexos para os representantes, influenciados pelos gestores, meramente informativos ou burocráticos.

Como saída para esses desafios apontados, os autores apontam a necessidade de “avançar-se na consciência social e na organização de táticas que organizem a participação da população no controle social” (p.406) – que permitiria, de fato, a visão de que saúde é um direito, não se trata de mercadoria e deve servir para interesses coletivos e populares – não individuais e econômicos.

As diretrizes e os princípios desta análise foram escolhidos pela pesquisadora pelo entendimento de que representam adequadamente uma parte representativa do SUS. No entanto, é somente uma fração dessa política pública brasileira, que tem programas, políticas e outros princípios e diretrizes na sua história.

Observar a aplicação desses alicerces do sistema na prática dos profissionais é fundamental para analisar uma formação pública como a RMS, que já surge e é delineada a partir dessa necessidade.

É importante destacar que, nos estudos encontrados de perfil de egressos, essas questões não foram estudadas – apenas estudos qualitativos analisam a aplicação de alguns princípios na prática de egressos.

Ao finalizar este eixo do trabalho, são apresentados dois comentários de egressos em que é possível perceber a materialidade, por meio de palavras, dos princípios e das diretrizes estudadas.

“A formação em serviço e a construção de práticas e olhares multidisciplinares foram fatores centrais na qualificação do processo de aprendizado, além das possibilidades e da riqueza do campo de intervenção, da interface com a população usuária e com as instâncias de controle social”. (Fala de participante 23)

“... parece essencial e complementar à formação dos cursos das áreas da saúde em Universidades, uma vez que nos permite vivenciar e exercer uma assistência multidisciplinar e humanizada, que valoriza e respeita a autonomia e a diversidade, com empatia e buscando a formação de vínculos entre profissional-paciente e a construção conjunta do cuidado, o que me parece a forma mais adequada de se fazer saúde”. (Fala de participante 24)

4.4 O MAPA DA AVALIAÇÃO FEITA PELOS EGRESSOS

Neste eixo do trabalho, o egresso pode avaliar alguns aspectos da formação que recebeu na Residência Multiprofissional, considerando que isso se constitui como um indicador de análise essencial no ensino. Os estudos referidos e estudados para esta pesquisa também abordaram a avaliação do egresso, mas se centraram mais nos aspectos de competências adquiridas nas avaliações.

Entre as questões que os egressos puderam avaliar, foram: aprendizagem, tempo de duração da residência, infraestrutura oferecida, conhecimentos teóricos e práticos adquiridos e qualificação dos preceptores e docentes do curso. Além desses aspectos, elencaram quais os principais motivos que os fizeram escolher o programa, bem como avaliaram se a RMS atendeu às expectativas.

Entre as primeiras perguntas de avaliação do egresso, estava se este recomendaria uma formação na instituição para outras pessoas e se realizaria outra formação – 99% dos egressos recomendariam e 75% fariam outra formação na instituição.

Em relação à avaliação geral, que era uma pergunta para que o egresso avaliasse o curso de maneira geral, a maioria (84%) avaliou esse item como “bom” ou “ótimo”, 14% como “regular” e 2% como “ruim”. Entre os programas, os que se destacam na avaliação acima da média geral, na visão do egresso, para “ruim” foram APC e SME (ambos com 3%). Ao contrário, os egressos que melhor avaliaram essa questão foram aqueles dos programas menores: AMIO, CTB e GES (100% de

bons e ótimos). Dos programas maiores, o que superou a média geral foi SFC – que ficou com 85% de avaliações ótimas e boas – Tabela 6.

Tabela 6 – Avaliação geral, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	38	43	16	3
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	10	90	0	0
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	0	100	0	0
Gestão em Saúde	34	66	0	0
Oncologia e Hematologia	42	32	26	0
Saúde da Família e Comunidade	31	55	13	1
Saúde Mental	19	59	19	3

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

No item de tempo de duração da RMS, 95% dos egressos responderam que foi adequado, enquanto apenas 1% avaliou “inadequado” e 4% ficaram indiferentes. Não houve diferença significativa entre os programas separadamente nessa questão.

Essa questão referia-se ao tempo da residência, não à jornada de 60 horas que, conforme Pasini et al. (2018), é um tema polêmico e uma pauta recorrente nos espaços de representação da RMS – como o Encontro Nacional de Residências em Saúde. Essa carga horária, segundo as autoras: “desafia os limites dos sujeitos envolvidos, e se traduz em exaustão e pouca disposição para um processo de aprendizagem ativa” (p. 162-163). Nesta pesquisa, alguns comentários refletiram essa sobrecarga como um dos desafios da RMS e motivo de desgaste e sofrimento.

Bastante aprendizado, mas muita carga horária que pode comprometer a saúde mental dos egressos ao longo dos 2 anos. (Fala de participante 25)

Destaco, também, que eu sempre me sentia cansada na residência. Aprendi muito, mas não precisaria ser as custas de tanto desgaste, de a rotina tão abarrotada de coisas, de uma carga horária tão grande e de tanta pressão. (Fala de participante 26)

Ao avaliar o aprendizado durante o curso, grande parte considerou seu aprendizado alto (95%), enquanto 3% avaliou regular e 2% apenas de baixo. Observando-se os programas, constatou-se que a maioria dos programas não apresentou egressos que acharam o aprendizado baixo – AMIO, CBT, GES e SFC,

nos que apresentaram essa avaliação, APC e SME ficaram em 3% e OHE apresentou o maior número de egressos nessa situação: 5%. Apresentaram um número alto de avaliações ótimas no aprendizado os programas: AMIO (70%), APC (62%) e SFC (55%) – Tabela 7.

Tabela 7 – Avaliação do aprendizado durante o curso, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

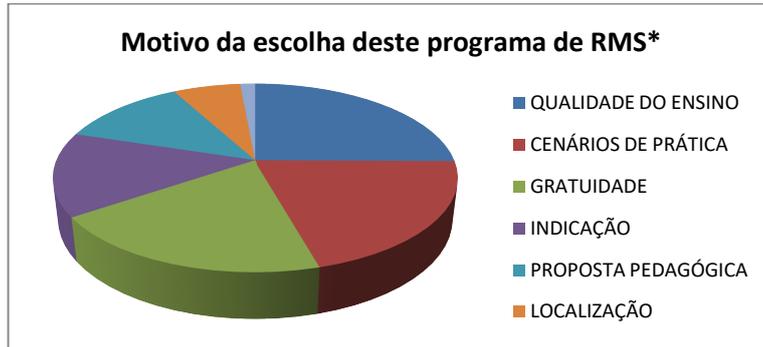
Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	62	32	3	3
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	70	20	10	0
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	34	66	0	0
Gestão em Saúde	34	66	0	0
Oncologia e Hematologia	37	42	16	5
Saúde da Família e Comunidade	55	43	1	1
Saúde Mental	38	50	9	3

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

Em duas perguntas do formulário, de múltipla escolha, o egresso poderia avaliar o que o fez escolher a formação e qual o principal diferencial percebido nela. Nesta pergunta, podiam marcar mais de uma das opções. Na questão do motivo de escolha do egresso pela formação, as opções eram: *gratuidade, qualidade do ensino, proposta pedagógica, cenários de prática/locais de vivência, indicação de alguém, localização dos espaços e outros* (em que o egresso poderia fazer a descrição).

Ao considerar os percentuais de todos os programas, os motivos mais citados no motivo para a escolha foram qualidade do ensino (70%), cenários de prática/locais de vivência, gratuidade (55%), indicação (40%) e proposta pedagógica (34%). A localização e a opção de outros motivos foram, respectivamente, 18 e 4%, entre os motivos “outros”, destacam-se: a falta de outras opções, por ser uma referência na área e por haver uma bolsa paga (Gráfico 15).

Gráfico 15 – O motivo de escolha deste Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

*Dado geral de todos os programas.

Na outra pergunta, que o egresso igualmente poderia marcar mais de uma das opções, do que se destacaria como diferencial nessa formação, as alternativas dividiam-se em: *por ser uma formação ao SUS, gratuidade, por ser uma formação vinculada ao GHC e sua rede de serviços, pela falta de oferta similar na área, pelos cenários de prática/vivência e outros* (também com espaço para descrição).

Esta questão apresentou as seguintes ocorrências: por ser uma formação ao SUS (85%), pelos cenários de prática/vivência (66%) e por ser uma formação vinculada ao GHC e sua rede de serviços (56%). As demais opções também foram citadas – gratuidade (36%), falta de oferta similar na área (9%) e outros (3%) – em “outros”, apareceram: a articulação federal, o tipo de trabalho em equipe, a relação com a comunidade e a qualidade da instituição (Gráfico 16).

Gráfico 16 – O que o egresso considera como diferencial na formação recebida na RMS.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

*Dado geral de todos os programas.

Na questão de avaliação da infraestrutura geral do curso, 69% dos egressos avaliaram que era adequada, 27% avaliou como regular e 4% acharam que a infraestrutura era inadequada. Ressalta-se que uma reforma foi realizada em 2018 e novos espaços foram criados para qualificar essa estrutura oferecida. Como relatam egressos de turmas mais antigas, as dependências anteriores apresentavam muitas necessidades de melhorias.

“Em relação a estrutura física dos espaços teóricos: acredito que atualmente tenha melhorado, porém na época em que fiz a residência era muito precária”. (Fala de participante 27)
“Acredito que em relação a infraestrutura podemos melhorar”. (Fala de participante 28)

Nos cenários de prática, nos diferentes lugares do percurso do residente, observa-se que os espaços físicos também têm disputa e tensão, assim como a divisão da atenção do profissional entre ensino e assistência. Com isso, muitos espaços teóricos e, até mesmo, de locais de atendimentos individuais e em grupo são um desafio encontrado nesse caminho, em principal, nas unidades de saúde e nos CAPS da instituição – que possuem um número significativo de profissionais, residentes e estagiários, em espaços físicos pequenos. Nos programas hospitalares, o maior desafio encontrado não é em relação à infraestrutura, mas sim, a disparidade entre um cenário e outro. Isso quer dizer que algumas equipes são espaços abertos de construção de conhecimento e outras já são mais fechadas e resistentes.

Sobre os aspectos pedagógicos dos programas, quatro questões abordavam o ensino ofertado aos egressos: *como o egresso avaliava a formação que concluiu, considerando-se os diferentes espaços do ensino em serviço; como o egresso avaliava os conhecimentos teóricos oferecidos na formação; como avaliava os conhecimentos práticos oferecidos; por fim, como avaliava a qualificação de seus professores e preceptores.*

Em algumas pesquisas relacionadas, foi encontrada a avaliação das competências adquiridas e dos aspectos relacionados ao preceptor – como sua qualificação e a relação estabelecida entre residente e preceptor. No estudo de Melo (2012), os egressos avaliaram o preparo para o mercado de trabalho após RMS – em que 65% avaliava-se muito preparado, 26% razoavelmente e 9% não se sentia

preparado. Em relação às competências adquiridas, 50% estava satisfeito em parte, 42% estava totalmente satisfeito e 9% estava insatisfeito.

Nesta pesquisa, 53% dos egressos declararam que a formação foi ótima, 44% que foi boa, 3% que foi regular e 1% ruim, sendo que, ao somar as avaliações positivas – ótimas e boas – totaliza-se 97% dos egressos. Essa avaliação positiva no item de formação recebida foi evidenciada em alguns comentários dos egressos.

“...considero q foi muito importante a residência, pelos conhecimentos teóricos e práticos que me possibilitaram muita segurança para atuação profissional.” (Fala de participante 29)

“A formação que tive foi determinante na minha atuação profissional e sempre tento disseminar o conhecimento que adquiri durante o programa”. (Fala de participante 30)

Entre os programas, algumas diferenças foram encontradas em relação à média geral. Os egressos que avaliaram a formação recebida positivamente e superior à média geral foram dos programas: AMIO (100%) e SFC (99%) – tendo 60 e 59% de ótimos entre os critérios. O programa que ficou com maior diferença da média geral foi OHE – em que 85% os egressos avaliaram positivamente, com a média mais baixa de ótimos, 32% - no entanto, nenhum egresso considerou ruim (assim como AMIO, GES, CTB e SFC). O maior número de avaliações ruins ficou percebido nos egressos da APC – 3% - acima da média geral.

No item que avaliou os conhecimentos teóricos oferecidos na formação, 74% dos egressos avaliaram com “ótimo” e “bom”, sendo 29 e 45% respectivamente; outros 21% julgaram que foi regular e 5% que foi ruim. A atualização de conteúdos e a proposta dinâmica dos currículos foram observações apontadas na fala de egressos.

“A formação na GEP-GHC me proporcionou uma grande atualização de conteúdos, além de ter despertado novos olhares em relação aos usuários atendidos pelo sistema público de saúde”. (Fala de participante 31)

“Pensando o programa, acredito que o currículo é muito bom e forma profissionais bastante preparados para as mais diferentes realidades.” (Fala de participante 32)

Ao observar os programas separadamente, o número de ruins nessa questão apresenta um percentual superior em OHE (16%) e SME (12%). Os egressos dos programas SFC e APC avaliaram o conceito “ótimo” acima da média geral – com 33 e 32% respectivamente. Em relação às avaliações positivas, ótimas e boas, o único programa que ficou acima da média segundo a percepção do egresso foi SFC, que é

o maior programa da RMS – com 85% (Tabela 8). Os egressos CTB não avaliaram nenhum ótimo ou bom para essa pergunta – o conceito mais percebido foi o regular (67%).

Tabela 8 – Avaliação dos conhecimentos teóricos oferecidos, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	32	40	22	6
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	30	40	20	10
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	0	34	66	0
Gestão em Saúde	0	66	34	0
Oncologia e Hematologia	10	32	42	16
Saúde da Família e Comunidade	34	51	13	2
Saúde Mental	16	38	34	12

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

Nota-se que houve variação entre os programas nesse item, embora a média geral tenha sido boa – com 75% de ótimos e bons, alguns programas possuem um desafio para manter a qualidade dos espaços teóricos. Neste estudo, a avaliação dos itens de conhecimentos teóricos e de aprendizagem não teve significância estatística com uma maior empregabilidade e remuneração por parte do egresso, então, mesmo que a avaliação dos itens pedagógicos tenha sido mais baixa, não interferiu nesses itens relacionados aos empregos.

Conforme percebido em alguns programas, mesmo com uma avaliação adequada deste item, a qualificação de espaços teóricos é vista como um dos desafios das residências. Conforme Vasconcelos et al. (2018, p. 13), a aprendizagem em serviço, com as RMS, é uma estratégia que favorece um processo dinâmico e vivo, partindo da realidade concreta dos serviços e buscando superar uma abordagem mecanicista, separada da realidade e tecnicista em saúde. No entanto, sabe-se que o exercício desse ensino em serviço requer busca de conteúdo e disponibilidade de estudo por parte dos profissionais, assim, os atores envolvidos também estão aprendendo em serviço (Fajardo, 2011, p.77) – mas isso nem sempre é adequado e garantido no dia a dia dos envolvidos.

Os comentários dos egressos refletem a necessidade constante de qualificação por parte de preceptores, orientadores, docentes e equipes envolvidos

na RMS, esses espaços dependem muito da disponibilidade de cada ator, por isso, também, é fundamental que haja uma cultura de ensino na instituição para respaldar a aprendizagem em serviço.

“...tive interesse em vivenciar esta experiência no GHC, visto que sempre escutávamos comentários sobre a qualidade do ensino, mas foi decepcionante. Naquele período os gestores e equipes demonstraram não estar bem preparados para receber os residentes.”. (Fala de participante 33)

“Tive muitos problemas com as minhas orientadoras de núcleo (são péssimas orientadoras, injustas, acham que o residente é mão de obra barata e são machistas ao extremo). Sofri muito durante o período da RIS, mas tive o apoio dos outros profissionais...”. (Fala de participante 34)

Um item importante de avaliação e análise por parte dos egressos era o de conhecimentos práticos oportunizados na residência. Tal relevância se estabelece pela própria natureza e organização de uma RMS – em que 80% dos espaços e das vivências são práticas, mas, nesta pesquisa, mostra-se ainda mais importante, pelo fato da residência ser ligada, exclusivamente, aos serviços da instituição, não à instituição de nível superior.

Segundo Solano et al. (2018, p.183), o mundo do trabalho é formativo às RMS, que devem prover oportunidades pedagógicas políticas e relacionais, junto às competências técnicas, para que se tenha uma densidade crítico-analítica de atuação. Nesse cenário da prática, então, estabelecem-se possibilidades de experimentação, que se dão no encontro com o outro, em uma verdadeira prática social, o trabalho de si em comunicação com o outro, em um sistema de obrigações recíprocas que origina a relação entre aprender, ensinar, fazer e sentir as práticas de saúde (Gusmão et al, 2018, p. 168).

A questão de conhecimentos práticos oportunizados na formação apresentou o maior percentual de egressos que avaliaram como ótimo – 63%, ao somar com “bom”, que teve 31% das respostas, totalizam que 94% dos egressos avaliaram esse item positivamente. Apenas 5% dos egressos avaliaram como regular e 1% ruim. Alguns comentários dos egressos refletiram essas avaliações realizadas.

“Acredito que o fato de ter passado pela residência do GHC me ajudou a impactar positivamente a vida dos meus pacientes e que a capacitação que temos ao passar pelo programa (tanto teórica quanto prática, e gosto de enfatizar a prática) é tão boa que a maior parte dos meus colegas (tanto de turma, quanto de anos anteriores e posteriores) estão em boas posições do mercado”. (Fala de participante 35)

“Parabéns pela excelência no aprendizado”. (Fala de participante 36)

“Excelente no aprendizado de prática humanizada”. (Fala de participante 37)

Residência você aprende a trabalhar, algo que todo profissional deveria fazer. Aprendi muito na minha. Sai da faculdade (UFRGS) sem saber coletar CP e aprendi na residência. Hoje, faço 20 por mês. (Fala de participante 38)

A questão de conhecimentos práticos também apresentou uma média alta nos programas separadamente (Tabela 9) – quase todos ficaram com percentuais acima de 90%, com exceção de OHE (85%). Este programa apresentou a maior média de avaliações ruins – 5%, seguido de SME – 3%. Os egressos que melhor avaliaram esse item estavam nos programas menores AMIO, CTB e GES (100%), nos programas maiores, destacou-se APC (98%). O maior percentual de ótimos foi em AMIO e APC (80 e 78% respectivamente).

Tabela 9 – Avaliação dos conhecimentos práticos oportunizados, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	78	20	0	2
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	80	20	0	0
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	66	34	0	0
Gestão em Saúde	0	66	34	0
Oncologia e Hematologia	53	32	10	5
Saúde da Família e Comunidade	60	33	6	1
Saúde Mental	50	41	6	3

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

Uma análise relevante em pesquisas sobre RMS é referente à preceptoria. Existem muitos estudos que falam da função da preceptoria, da relação entre preceptor e residente e entre preceptor e instituição. Nesta pesquisa, optou-se por perguntar da qualificação dos preceptores, considerando que não existem tutores no programa e, como já explicado, é um programa ligado ao serviço, sendo o ensino um desafio constante no dia a dia dos profissionais, que vivem esse tensionamento entre ensino e assistência no meio de demandas complexas – não somente de saúde, mas, também, sociais.

Nesta questão, 47% dos egressos indicaram o bom, 30% ótimo, 17% regular e 6% ruim, a soma de ótimos e bons totalizou 77%. Entre os programas, APC, SFC e AMIO ficaram com a média superior à geral – com 87, 83 e 80% - sendo que o

maior percentual de ótimos foi SFC (36%). Novamente, OHE se destaca entre as médias mais baixas – apenas 32% de avaliações positivas (ótimo/bom), 47% de regular e 21% de ruim – a pior média de conceitos ruins aplicados. Outro programa que ficou abaixo da média geral foi SME – com 63% de avaliações ótimo/bom, 28% de regular e 9% de ruim.

Os programas hospitalares são seguidamente acompanhados pela coordenação e pelo apoio pedagógico da RMS, sendo os que mais possuem dificuldades com espaços teóricos, composição de preceptores e relações interpessoais. Também, são os programas que vivenciam maior dificuldade de conciliar atividades da assistência e do ensino, isso já foi relatado em avaliações dos programas e em fóruns compartilhados. De acordo com Fajardo (2014), a atuação da preceptoria é complexa pelo fato da produção de conhecimento carregar características históricas da formação desses profissionais – em que os saberes são centrados, especializados e fragmentados, sendo necessário prover condições para que possam analisar e criar novos modelos de atenção à saúde.

Como observado na Tabela 10, a seguir, dos três percentuais mais baixos nessa questão, dois aconteceram em programas hospitalares, sendo que OHE apresentou um percentual em torno de duas vezes menor do que o segundo mais baixo – AMIO (10%).

Tabela 10 – Avaliação da qualificação de preceptores e professores, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	30	57	8	5
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	20	60	10	10
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	0	34	66	0
Gestão em Saúde	66	0	34	0
Oncologia e Hematologia	11	21	47	21
Saúde da Família e Comunidade	36	47	14	3
Saúde Mental	19	44	28	9

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

O programa que teve uma menor avaliação, OHE, está constituído por uma resistência do próprio gestor do serviço, que investe em ter residência, no entanto, os profissionais que são indicados para serem preceptores são únicos nos serviços e acabam ficando com essa sobrecarga de tarefas. Além desse fato, alguns profissionais são designados para atuar na Onco-Hemato, mas pertencem a outra gerência da instituição – o que gera mais dificuldade de conciliar as atividades e de liberação para o exercício da preceptoria.

O segundo programa hospitalar que apresentou o percentual mais baixo na avaliação, AMIO, possui aquele desafio já relatado nesta pesquisa: a disparidade de práticas, posturas e acolhimento entre uma equipe e outra. Os residentes desse programa passam por três hospitais da instituição, além de fazer um dos estágios no SFC, no entanto, a realidade de práticas obstétricas varia muito de um local para o outro. Acompanha-se, frequentemente, nos espaços de saúde, a discussão de vários temas que envolvem a maternidade e a saúde da mulher, como a própria enfermagem obstétrica, o aborto legal, a amamentação, a violência obstétrica, entre outros, então, a prática dessas diversas equipes também são atravessadas por tais questões.

A RMS oferece formação e momentos coletivos de diálogos entre os programas, mas ainda é necessário que a instituição crie condições plenas para realização da preceptoria, por exemplo, com a garantia de uma carga horária protegida para esses profissionais, que apareça na forma de contabilização de uma produção em saúde e nos instrumentos de valorização institucional. Além disso, é preciso criar um modelo de saúde único e respaldar as práticas que estejam de acordo com o SUS.

Segundo Fajardo (2018, p.112), a formação para o exercício da preceptoria ainda está sendo instituída, dependendo muito da disponibilidade dos profissionais para esse acompanhamento. Complementarmente, a autora fala que as instituições respondem às necessidades surgidas desses processos com capacitações que não levam em consideração um elemento importante: o modo singular de cada preceptor realizar seus atos formadores, sendo insubmisso e incontrolável às tentativas de um processo padronizado de prática de preceptoria.

Esse “autogoverno” do trabalhador em saúde já foi referenciado neste trabalho (p. 26), porém, merece destaque nesse exercício da preceptoria – que, mesmo com o acúmulo de capacitações e recomendações, ainda é dependente da maneira singular de lidar com o ensino. Novamente, Fajardo cita (p.104) que existe um fator determinante: o desafio de conciliar o tempo da assistência ao da preceptoria – que demanda tarefas de cunho administrativo, docente e institucionais. Essa prática individual de lidar com essas questões de forma diversa e a dificuldade de lidar com o papel de preceptor foram observadas e relatadas pelos egressos.

“A residência possui uma ótima proposta, mas a preceptoria, que é a assistência central, é ruim. Enfermeiros que eram preceptores não se inbuíam do conhecimento e de seu papel. Parece que não era valorizado como uma atividade e sim um fardo”. (Fala de participante 39)

“Esperava mais teoria e prática dos preceptores e isto não tive. Buscava muita coisa sozinha, mas mesmo assim aprendi muito”. (Fala de participante 40)

“Alguns campos foram mais proveitosos que outros, principalmente quando relacionados a forma de atuação dos preceptores”. (Fala de participante 41)

“Em relação a preceptoria: a formação de campo foi excelente, porém tive muitos problemas com preceptoria de núcleo - acredito que agora também tenha melhorado”. (Fala de participante 42)

Entretanto, apesar dos desafios abordados aqui, o encontro de preceptor e residente é um espaço de muita potência e aprendizagem. Segundo Pereira et al (2018, p. 213): “Ao apoiar os residentes, em seu percurso formativo, o preceptor percorre as linhas entre o seu conhecimento especializado e as experiências do trabalho em saúde, entre a teoria e a prática, reconstruindo-se a si mesmo”. Esse movimento gerado na aprendizagem provoca mudanças nos próprios cenários de prática a partir da formação criada e vinda desses espaços.

“O aprendizado se dá sem que se perceba claramente que está ocorrendo. O saber está integrado ao fazer prático das equipes”.(Fala de participante 43)

Na penúltima pergunta deste eixo, os egressos avaliaram como foi o curso realizado em relação às suas expectativas – 88% das respostas foram positivas, sendo que superou as expectativas ficou com 46%, atendeu às expectativas com

42%, atendeu em parte com 10% e apenas 2% de não atendeu às expectativas dos egressos. Os destaques nas avaliações mais altas em comparação às médias gerais foram GES (100%), APC (92%), SFC (91%) e AMIO (90%) – maior número de superou as expectativas foi APC (57%) e SFC (51%). As médias mais baixas do que as médias gerais foram, novamente, nos programas OHE e SME – ambos ficaram abaixo com 73 e 78%, respectivamente, de avaliações positivas, enquanto as avaliações negativas ficaram em OHE (6%) e SME (3%).

A última questão perguntava quais os principais aspectos que a formação trouxe ao egresso, a qual ele podia marcar mais de uma opção. As maiores ocorrências foram: conhecimento/aprendizagem e experiência/vivência/prática – ambas com 59%. Outros aspectos bem citados foram: formação com base nos princípios e diretrizes do SUS (40%), trabalho em equipe/multiprofissionalidade/interdisciplinaridade (25%) e segurança/maturidade/preparo para lidar com as situações (22%). A empregabilidade foi referenciada por 7% dos egressos e 13% deram outros aspectos, para os quais, destacam-se as falas que remetiam a uma transformação que a RMS trouxe tanto como pessoa quanto entendimento do que é saúde.

Gráfico 17 – Quais principais aspectos a formação deixou na vida do egresso da RMS.



Fonte: criado pela autora desta pesquisa.

*Dado geral de todos os programas.

Após avaliar os itens propostos no formulário desta pesquisa, surgiu em aspecto que merece destaque para entrar neste mapa da formação avaliação feita

pelo egresso. É um aspecto que foi relatado em algumas das falas nos comentários (abaixo) e é percebido no cotidiano de quem trabalha com RMS.

Ainda existem muitos desafios em relação a efetivar, de fato, uma prática multiprofissional nas equipes e nos serviços. Essa dificuldade é notada, até mesmo, nos espaços transversais, em que estão todos os programas. Assim, é recorrente perceber disputas entre os níveis de atenção e os movimentos de quererem voltar-se e limitar-se às suas áreas, não conseguindo estabelecer relações de temas e pautas que perpassam todos os níveis para a prática da sua área e da sua realidade. Essa polarização sempre foi percebida na área da saúde, no entanto, merece análise e reflexão de quem está propondo uma formação multiprofissional – ou se recai no risco de repetir modelos que não servem ao SUS.

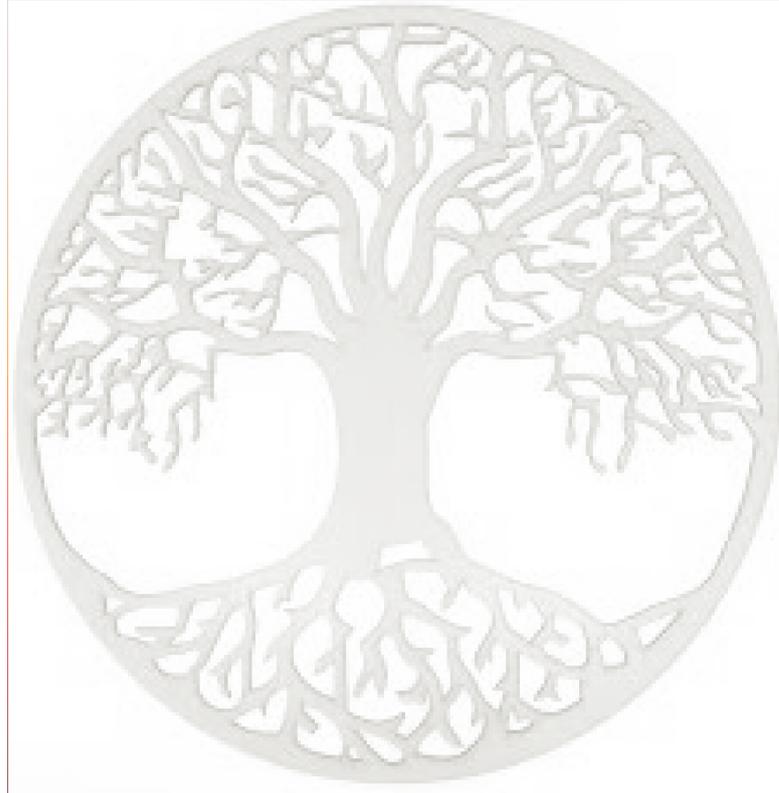
“... minha satisfação com a residência enquanto processo formativo é alta, embora acredite que a instituição poderia ter sido facilitadora e estimuladora de maior integração entre as ênfases e de processos formativos mais transversais”. (Fala de participante 44)

“... houve algumas falhas na formação em serviço, especificamente, na fragilidade da proposta pedagógica vigente na época e sua articulação com outras áreas de formação”. (Fala de participante 45)

Mesmo assim, com todas as dificuldades e tensões encontradas em fazer ensino em serviço em uma instituição de saúde, ainda existem potência e sentido nessa formação, criando frutos em trabalhadores que saibam lidar com a complexidade envolvida no contexto de uma prática social.

“A formação em Saúde da Família me parece essencial e complementar à formação dos cursos das áreas da saúde em Universidades, uma vez que, nos permite vivenciar e exercer uma assistência multidisciplinar e humanizada, que valoriza e respeita a autonomia e a diversidade, com empatia e buscando a formação de vínculos entre profissional-paciente e a construção conjunta do cuidado, o que me parece a forma mais adequada de se fazer saúde”. (Fala de egresso 46)

Essa transformação percebida nos egressos, durante seus dois anos de RMS, é refletida nesse último comentário acima, demonstrando, ainda, que existe uma característica subjetiva que é difícil de ser evidenciada em qualquer tipo de pesquisa que o ensino tem: ele proporciona ferramentas humanas que vão além do prescrito.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O impacto está na mobilidade,
na disruptura,
na abertura de gavetas,
na capacidade criativa
de inventar o cotidiano,
e inventar-se no cotidiano.*

*O impacto está nos espaços novos,
no interstício da imobilidade,
de uma regra,
de uma verdade,
de uma disciplinarização.*

*É na micropolítica cotidiana,
que o impacto impacta,
nos pactos do dia-a-dia,
nos novos agenciamentos,
posto a funcionar a cada encontro.*

*O impacto está no desequilíbrio,
na ruptura com a terceira perna,
no senso incomum.*

*O impacto está nas brechas,
está em mim,
em ti,
em nós,
entre-nós.
Como flores
nas encostas do cimento,
o impacto está no entre. (Renata Gusmão)*

Esta pesquisa proporcionou um conhecimento sobre os egressos do Programa de Residência Multiprofissional, assim como o reconhecimento da formação experienciada por estes. Além disso, foi possível atualizar o contato de setenta egressos com a pesquisa, uma vez que seus dados foram atualizados pela pesquisadora na busca dos egressos – o que não era parte dos objetivos identificados, mas foi um benefício ao serviço – uma vez que possibilitará o acompanhamento de egressos que estavam com dados desatualizados.

Objetivou-se descrever esse perfil e a situação dos egressos dos sete programas de Residência Multiprofissional em Saúde do GHC em seus 15 anos de existência (período 2004 – 2019) – em 2020, ela faz seus 16 anos. A avaliação do egresso sobre seu percurso é vista como uma ferramenta de melhoria desse ator fundamental na aprendizagem e na construção do processo de ensino.

Quanto às características sociodemográficas dos egressos, destaca-se que 90,3% dos egressos eram do sexo feminino e 9,7% do masculino; a média de ingresso no programa ficou em 26 anos; 49% dos egressos eram solteiros, 48% em união estável ou casados e apenas 3% divorciados; 25% são mestres, 9% doutores e 10% fizeram outra RMS. Neste estudo, não foi encontrada a relação entre maior escolaridade dos pais e maior remuneração ou empregabilidade. Com esses dados, observou-se que a RMS está cumprindo o papel designado na criação das residências: de inserir jovens adultos no mercado de trabalho. Essa afirmação é embasada na média de idade encontrada e na relação entre vínculo anterior e ocupação atual que se encontrou significância estatística ($p < 0,05$), além de 90% dos residentes considerarem que a RMS contribuiu para sua inserção no mercado de trabalho.

Mesmo com a crise e a diminuição de postos de trabalho, como foi bem discutido no trabalho, esses fatores não apareceram nos percentuais da empregabilidade: 93% dos egressos estão trabalhando, 5% estão estudando e apenas 2% estão sem atividade. Ao se comparar os programas separadamente, essa média chega próxima a 90% de empregabilidade no mínimo (OHE) e ultrapassa em alguns programas – CTB (100%), APC e SME (97%).

Outra constatação é que não houve migração significativa para a Capital como em outros estudos, pois 49% dos egressos estão na Capital, 39% no interior,

9% em outros estados e 3% em outro país. Somado a esse dado, também não houve relação entre maior empregabilidade e pessoas que moram em Porto Alegre nesta pesquisa, não houve diferença e inserção entre Capital e interior. Essa informação é importante para o SUS, uma vez que a qualificação e fixação de profissionais no interior é um dos grandes desafios do sistema.

O programa que mais concentra profissionais na Capital é APC (74%) e os que mais têm egressos no interior são Saúde Mental (48%) e Saúde da Família e Comunidade (45%) – isso está coerente à proposta de organização do SUS. Segundo o Decreto 7508, de 2011, os municípios devem ter os serviços mínimos de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial e outros, sendo que a atenção básica configura-se como a porta de entrada e ordenadora do sistema. Já as capitais são as responsáveis por serviços mais complexos nos níveis secundários e terciários (como serviços de emergências e unidades de terapias intensivas).

Em relação aos trabalhos dos egressos, 74% possuem relação com a formação e apenas 26% não têm similaridade, outra significância estatística encontrada foi a relação entre estar inserido em um trabalho que tem relação com a formação e uma maior satisfação profissional. Outro dado que esta pesquisa gerou é que existe relação entre o programa realizado e a área de atuação dos egressos, ou seja, a RMS tem servido para formar especialistas para áreas prioritárias do SUS.

A média salarial dos egressos foi de quase cinco salários mínimos, sendo que a diferença entre mulheres e homens foi significativa. Os homens ganham uma média de seis salários mínimos e meio, representando 36% a mais do que as mulheres (uma diferença de quase R\$ 1.800,00). A diferença encontrada neste estudo foi superior à média nacional do IBGE de 2018 e ficou igual à média que era encontrada em 2013. Neste estudo, não houve relação entre maior remuneração e empregabilidade e raça/cor, ou seja, não apareceu uma pior remuneração e inserção no mercado de pessoas negras e pardas, como aparecem em outros estudos. A pesquisa apontou, entretanto, relação entre maior remuneração e maior titulação, ou seja, os egressos que mais se especializam ganham mais, mas não existe essa mesma correspondência significativa entre os gêneros para justificar a diferença salarial encontrada.

Apesar dessa diferença e da maioria da população do estudo ser formada de mulheres, a remuneração foi considerada como superior ao mercado por 58% dos egressos, na média 29% somente 13% dos entrevistados achou inferior ao mercado.

A carga horária dos egressos que trabalham e trabalham e estudam ficou com a média de 40 horas semanais, mostrando estar de acordo às leis trabalhistas. Destes egressos, ainda, 42% possuem até 36 horas semanais de trabalho e apenas 7% dos egressos apontaram que trabalham acima de 44 horas.

Os principais tipos de vínculo de trabalho dos egressos foram caracterizados como: público (45%), privado (39%) e autônomo/prestador de serviços (12%). Os demais tipos de vínculo apresentaram a seguinte ocorrência: temporário (5%) e bolsistas e informais (2%). Os programas que mais caracterizaram vínculo público foram SFC (50%), SME (42%), APC (40%) e OHE (39%). O vínculo privado foi encontrado com maior ocorrência no programa AMIO (66%), e CTB apresentou o maior número de autônomos (66%). Notou-se uma dificuldade da inserção dos profissionais da saúde coletiva, que estavam no programa de gestão, que é referenciado na literatura. É relevante destacar que não foi encontrada relação e diferença entre vínculo privado e público e maior remuneração e carga horária neste estudo.

Um dos objetivos da pesquisa era identificar, na opinião do egresso, o quanto este aplicava os princípios e diretrizes do SUS na sua prática. Os princípios e as diretrizes mais aplicadas no dia a dia dos egressos foram: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade (87%); e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (86%). Já os que menos apareceram, no cotidiano da prática do egresso, foram: utilização da epidemiologia como uma maneira de estabelecer prioridades (70%); e participação da comunidade – que foi aplicada por metade dos respondentes (50%).

Mesmo que fosse um item subjetivo de análise, outras pesquisas similares não abordavam essa aplicação, no entanto, é importante avaliá-la de alguma forma, uma vez que a RMS foi criada para esse fim. Certamente, outros estudos seriam necessários para ver como esses princípios e essas diretrizes são colocadas na prática, bem como o entendimento destes por parte dos egressos, mas não era o objetivo desta pesquisa e fica como sugestão para o futuro.

Na parte da pesquisa que o egresso pode avaliar a formação recebida na RMS, é importante destacar que a maioria dos egressos apontou que a formação estava adequada ou superior à exigência do trabalho, isso está em coerência com o aprendizado em que 95% dos egressos avaliaram bem. Além disso, 99% dos egressos recomendariam a RMS para alguém e 75% fariam outra formação na instituição.

No item de tempo de duração da RMS, 95% dos egressos responderam que foi adequado, enquanto apenas 1% avaliou “inadequado” e 4% ficaram indiferentes. Essa questão referia-se ao tempo de 2 ou 3 anos de RMS não à carga horária de 60 horas semanais, que provoca discussão dos espaços das RMS e sobrecarga no residente, sendo um item relevante para reflexão nos programas.

Em duas perguntas do formulário em que os egressos podiam marcar mais de uma das opções, estes puderam dizer os motivos de escolha do programa e o que considerou como um diferencial na formação. Os motivos mais citados no motivo para a escolha foram qualidade do ensino (70%), cenários de prática/locais de vivência, gratuidade (55%), indicação (40%) e proposta pedagógica (34%). Na outra questão, do diferencial dessa formação, os respondentes avaliaram as seguintes ocorrências: por ser uma formação ao SUS (85%), pelos cenários de prática/vivência (66%) e por ser uma formação vinculada ao GHC e sua rede de serviços (56%).

É importante ressaltar que a consonância ao SUS foi muito referida – tanto nesta questão quanto na questão aberta para comentários gerais, mostrando que a formação está adequada à proposta da RMS e da instituição pública que a oferece, que presta todos os seus serviços pelo SUS.

Na questão de avaliação da infraestrutura geral do curso, 69% dos egressos avaliaram que era adequada, 27% avaliou como regular e 4% acharam que a infraestrutura era inadequada – foi o item com avaliações mais baixas. Sabe-se que existem dificuldades de espaços físicos nas unidades de saúde e nos CAPS da instituição – que possuem um número significativo de profissionais, residentes e estagiários, em espaços físicos pequenos. Isso já não ocorre nos programas hospitalares, em que os desafios são relacionados à aceitação da equipe para um processo de ensino e diferentes práticas e entendimentos em relação à saúde.

Nesta pesquisa, 53% dos egressos declararam que a formação, considerando todos os espaços da RMS, foi ótima, 44% que foi boa, 3% que foi regular e 1% ruim, totalizando 97% de egressos que acharam a formação oportunizada adequada. No item que avaliou os conhecimentos teóricos oferecidos na formação, 74% dos egressos avaliaram com “ótimo” e “bom”, sendo 29 e 45% respectivamente; outros 21% julgaram que foi regular e 5% que foi ruim.

Um item importante de avaliação e análise por parte dos egressos era o de conhecimentos práticos oportunizados na residência, pois 80% dos espaços e das vivências são práticas e esta residência é ligada, exclusivamente, aos serviços da instituição, não à instituição de nível superior. Essa questão apresentou o maior percentual de egressos que avaliaram como ótimo – 63%, ao somar com “bom”, que teve 31% das respostas, totalizam que 94% dos egressos avaliaram esse item positivamente. Apenas 5% dos egressos avaliaram como regular e 1% ruim.

Na pergunta que abordava a qualificação dos preceptores e professores, 47% dos egressos indicaram o bom, 30% ótimo, 17% regular e 6% ruim, a soma de ótimos e bons totalizou 77%. APC, SFC e AMIO ficaram com a média superior à geral – com 87, 83 e 80%. Os programas OHE e SME destacaram-se entre as médias mais baixas – apenas 32% de avaliações positivas (ótimo/bom), 47% de regular e 21% de ruim em OHE e 63% de avaliações ótimo/bom, 28% de regular e 9% de ruim em SME. Os dois programas são acompanhados pela equipe técnica da RMS, desencadeando uma série de ações para qualificação destes – a avaliação do egresso refletiu essa coerência com a realidade.

Na última questão, os respondentes apontaram os principais aspectos que a formação trouxe: conhecimento/aprendizagem e experiência/vivência/prática (ambas ficaram com 59%); uma formação com base nos princípios e nas diretrizes do SUS (40%); trabalho em equipe/multiprofissionalidade/interdisciplinaridade (25%); e segurança/maturidade/preparo para lidar com as situações (22%). Novamente, a forte ligação com o SUS foi ressaltada pelos egressos.

Uma informação que merece destaque é que, nesta pesquisa, não houve relação entre uma melhor avaliação dos itens propostos e uma maior empregabilidade e remuneração dos egressos. Mas houve relação no fato de que as turmas mais antigas possuem uma melhor colocação no mercado de trabalho –

tanto em relação à remuneração quanto ao processo de trabalho ter relação com a área de formação, conseqüentemente, os programas mais antigos possuem empregabilidade na média geral ou acima (APC, SFC e SME).

As avaliações realizadas pelos egressos foram positivas, o que reflete e está de acordo aos demais dados que a pesquisa comprovou: empregabilidade alta, remuneração adequada ao mercado, vínculos de trabalho, em sua maioria, com direitos trabalhistas respeitados. No entanto, sabe-se que a forma de contratação no SUS exigiria um investimento muito superior: com plano de cargos e salários, garantia de capacitação e redimensionamento adequado de vagas e processos de trabalho. Esse panorama está ficando ainda mais distante com as medidas atuais adotadas de retirada de direitos e precarização do trabalho – com a terceirização da área fim sendo permitida – algo que tende a agravar e piorar as condições de trabalho e do trabalhador.

Ficou mostrado, neste estudo, também, que é necessário que a instituição crie condições plenas à realização da preceptoria e ao exercício desse ensino em serviço, que requer busca de conteúdo e ferramentas, bem como a disponibilidade de estudo por parte dos profissionais. Para isso, é balizar que o ensino não seja visto como algo dissociado da assistência, mas um aliado fundamental e inerente para qualificá-la. É fundamental que a instituição tenha uma cultura de ensino e que isso chegue às equipes e às práticas profissionais, com criação, a manutenção e o fortalecimento de espaços de participação com todos os envolvidos (gestores, coordenação, supervisores, professores, preceptores, apoiadores e residentes).

Ainda, em alguns comentários das perguntas abertas e no cotidiano da RMS, é possível perceber o desafio de trabalhar a transversalidade entre os programas. Como sugestões para superação dessa questão, internamente, sugere-se a criação de maiores espaços compartilhados e a possibilidade dos residentes transitarem entre os níveis diversos de assistência. Externamente, propõe-se uma maior aproximação das universidades com os serviços e, também, a maior inclusão de trabalhadores dentro das universidades, pois essa integração é uma oportunidade de trazer interdisciplinaridade aos currículos. Além disso, é necessário que as instituições avaliadoras valorizem essas ações, assim como fazem com as produções – tanto científicas quanto da assistência.

Como contribuições para um ensino de maior qualidade, seriam apontadas as seguintes: carga horária protegida para os profissionais envolvidos com ensino, contabilização de uma produção em saúde nesse exercício por meio dos instrumentos de valorização institucional, criação de uma política de ensino adequada que veja o ensino como algo transversal ao cuidado em saúde e modelo de saúde único com o respaldo das práticas que estejam de acordo com o SUS.

Este estudo deixa alguns possíveis campos de estudos no futuro: as instituições em que os egressos estão trabalhando para uma melhor leitura dessa inserção no SUS, uma vez que se sabe que muitos vínculos de trabalho estão sendo realizados por contrato de serviços ou com vínculo privado por meio de uma empresa intermediária. Por uma questão ética, nesta pesquisa, optou-se por não identificar as instituições, pois o anonimato poderia ser quebrado, no entanto, poderia existir uma questão, no formulário, que perguntasse ao egresso se ele atua no SUS, explicando o que significa trabalhar no SUS (caracterizando esses diversos vínculos de contratação). Assim, o estudo poderia espelhar uma melhor representação de inserção no SUS e dos próprios vínculos trabalhistas utilizados. Outro estudo relevante seria fazer uma análise separada entre as categorias profissionais – mostrando as que mais empregam e aquelas que têm essa dificuldade, bem como as possíveis diferenças desses vínculos.

Como apontado no objetivo desta pesquisa, os resultados alcançados com ela poderão subsidiar as reformulações no processo de formação oferecido, contribuindo para uma formação mais adequada aos futuros egressos da residência, além de ser uma boa ferramenta de comprovação de investimento em uma formação que está dando frutos ao SUS, como o proposto desde o início de criação das Residências Multiprofissionais em Saúde.

Esta pesquisa abordou a importância de refletir sobre os modelos pré-estabelecidos e regulados aos quais as instituições devem submeter-se para serem formalizadas, como visto na história da própria RMS-GHC. Não se pode perder de vista a proposta de uma educação transformadora, com pluralidade e abertura às disciplinas, não somente ao ensino superior, mas, também, nas bases iniciais.

A residência multiprofissional em saúde tem essa característica de transformação, que foi percebida na fala dos egressos desta pesquisa. Essa

mudança mostra que existe uma face subjetiva e, talvez, inalcançável no universo do ensino e que nenhuma pesquisa conseguirá dar conta: essa transformação que vai além daqueles aspectos que podem ser prescritos, somados, avaliados e respondidos em formulários, que é uma expressão do ensino que amplia olhares, afeta pessoas e as humaniza para um modo de viver e agir consciente, solidário e ético.

7 REFERÊNCIAS

ABRASCO. (1986, julho/setembro). 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Registro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(3), 382-4. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n3/v2n3a13.pdf>. Acesso em 22 dez. 2018.

ARAÚJO, Bruno et al. **Desconstruindo uma queda: a mídia e o impeachment de Dilma Rousseff**. Florianópolis: Insular, 2019.

BALDISSEROTTO, Júlio et al. A Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC. **Momento e Perspectivas em Saúde**. Porto Alegre, v. 16, n.2, p. 46-50, 2003.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. **História das políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In G. C. Matta & A. L. de M. Pontes (Orgs.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 24. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. **Lei 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei Federal nº 9.131, de 24 de novembro de 1995**, que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm. Acesso em 30 out. de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**, que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em 30 out. de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei Federal nº 10.861, de 14 de abril de 2004**, que Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm. Acesso em 30 out. de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Pesquisa Nacional de Egressos dos Cursos Técnicos da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica (2003-2007)**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6696. Acesso em: 07 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005**, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras

providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em 30 out. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 fevereiro de 2004**. Brasília. Disponível em <http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/documentos/portaria198.pdf>. Acesso 03 de nov de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final, 1986**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório Final, 1986**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em 22 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996** aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em 08 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde**. Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.092, de 21 de outubro de 2005**. Inclui na Portaria Interministerial nº 1.704/MEC/MS, os Hospitais Cristo Redentor e Fêmeina – RS como Hospitais de Ensino. Disponível em http://www.normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/56129474. Acesso em 03 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 5 de 07 de setembro de 2014**, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>. Acesso em 02 fev. de 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.704, de 17 de agosto de 2004**. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1702_17_08_2004.html. Acesso em 03 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria nº 109, de 31 de março de 2004**. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. [S.1: s.n.], Imprensa, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.092, de 21 de outubro de 2005**. Inclui na Portaria Interministerial nº 1.704/MEC/MS, os Hospitais Cristo Redentor e Fêmeina – RS como Hospitais de Ensino. Disponível em http://www.normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/56129474. Acesso em 03 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição - Gerência de Ensino e Pesquisa. **Projeto Político Pedagógico**. Disponível em: <
<http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsris/risprojeto.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em Saúde – fazeres & saberes na formação em saúde**. In: FAJARDO, A.; PASINI, V.; ROCHA, M. (Org.). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. In: DALLEGRAVE; D. FAJARDO, A. (Org.). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Educação profissional: um projeto para o desenvolvimento sustentado**. Brasília: Sefor, 1995.

BRASIL, Camila da Costa et al. Perfil e trajetória profissional dos egressos de Residência Multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE**, Sobral - V.16 n.01,p. 60-66, Jan./Jun. – 2017.

CABALLERO, Raphael, da Silva, Quelen. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. **Residências em Saúde: fazeres & saberes na Formação em Saúde**. Organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CÂMARA, Ana Maria; Lucíola, Licínio. Um Estudo com Egressos do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – 1982-2005. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 5, 36 (1, Supl. 1): 5-17; 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In G. W. S. Campos, *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003. p. 211-226

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p. 161-506, set.2004/fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, out. 2008.

CECCIM, Ricardo Burg et al. **EnSiQlopédia das residências em saúde**. Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

CERQUEIRA, Marília, et al. O egresso da Escola Técnica de Saúde da Unimontes: conhecendo sua realidade no mundo do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 305-328, jul/out.2009.

CGEE. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. **Mestres e doutores 2015 - Estudos da demografia da base técnicocientífica brasileira**. Brasília, DF, 2016.

CRESWELL, John.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, Daianny Arrais de Oliveira; FULY, Patricia dos Santos Claro. Carga de Trabalho em enfermagem oncológica. **Revista Cubana de Enfermería**, Volumen 33, Número 4, 2017.

DALLEGRAVE, D., Kruse, Maria Antonieta. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 13(28), 213-37.

DALLEGRAVE, Daniela. **Encontros de Aprendizagem e Governamentalidade no Trabalho em Saúde: as Residências no País das Maravilhas**. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

DEMARCO, Egídio. **Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DIAS, Míriam Thaís et al. **Redes Vivas de Educação em Saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Organização de Alcindo Antônio Ferla Cristianne Maria Famer Rocha Míriam Thaís Guterres Dias Liliane Maria dos Santos. 1ª. Ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

FAJARDO, Ananyr, et al. **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS**. Residências em Saúde: fazeres & saberes na Formação em Saúde. Organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FAJARDO, Ananyr. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, 2011.

FAJARDO, Ananyr Porto; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Função preceptoria. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrove, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral**. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

FERLA, Alcindo, et al., organizadores. **Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho**. 1ª. Ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017.

GIL, Antonio Carlos, **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 2002.

GIL, Antonio Carlos, **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 2008.

GUSMÃO, Renata Castro et al. Lapidar. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral**. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

HECKERT, Ana Lúcia C. **Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 199-212.

HORTALE, Virginia, et al. **Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4): 2051-2058, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018: características adicionais do mercado de trabalho**. Rio de Janeiro, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2019: características adicionais do mercado de trabalho**. Rio de Janeiro, 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2014: breves análises**. Brasília, 2015.

LORENA, Allan Gomes de et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.369-380, 2016.

MACHADO, Maria de Fátima et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAGALHÃES, Anne. A precarização do trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira. Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas da Universidade do Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/precarizacao-do-trabalho-reflexos-e-impactos-na-politica-de-saude-brasileira.pdf>. Acessado em: 26/02/2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS et al. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em Saúde: fazeres & saberes na Formação em Saúde**. Organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MEHRY, EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MEHRY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MEHRY, Emerson Elias, et al., organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MEIRA, Maria Dyrce; KURCGANT, Paulina. Avaliação de Curso de Graduação segundo egressos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2009; 43(2): 481-5.

MELO, Carla Nayane Medeiros et al. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. **SANARE**, Sobral, V.11. n.1.,p. 18-25, jan./jun. – 2012.

MEHEDFF, Nassim Gabriel. **A era da empregabilidade**. O Globo, Rio de Janeiro, 1996.

MELO, Rafael Cerva; POSSA, Lisiane Bôer. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. **Saúde em Redes**; 2(4) 393-408, 2016.

MOTA, Raquel Barros Andrade. **Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 a 2015**. Tese de mestrado, Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

PAIM, Jairsinson S. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASINI, Vera. **Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PASINI, Vera; DALLEGRAVE, Daniela. Jornada. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral**. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

PEKELMAN, Renata. Educação Popular em Saúde. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral.** Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

PEREIRA, Malviluci Campos et al. Preceptoria. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral.** Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

PESSOA, Talitha; Noro, Luiz Roberto. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(7): 2077-2290, 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Nova Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zUDsAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&ots=db35bjvaDL&sig=GaCrcKFYR9tww_naMHPxuuLIn9A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 03 jan. 2020.

SILVA, Vivian Costa da et al. Desafios e possibilidades da inserção profissional de bacharéis em saúde coletiva. **Revista INSEPE**; Belo Horizonte, V.2, N.2, 2º semestre de 2017; p. 14-34, Belo Horizonte.

SILVA, Danielle Chagas Pereira et al., 2018. Satisfação profissional e perfil de egressos em fisioterapia. **Revista Consientiae Saúde**, v. 17, n.1 (2018). São Paulo, 2018.

SOLANO, Lorrainy da Cruz; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Mundo do Trabalho. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral.** Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

THULER, Luiz Cláudio, et al. Perfil dos Egressos dos Cursos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: Pós-Graduação Lato Sensu e Nível Técnico. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 59(4): 505-512, 2013.

TRENTIN, Vera; FAJARDO, Ananyr Porto. Práticas Interdisciplinares nos Processos de Formação em Atenção Primária em Saúde. **Organizadoras: Ananyr Porto Fajardo; Daniela Dallegrave.** RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 117-136.

VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Moraes; VIEIRA, Sâmia Barros. Aprender em Saúde. EnSiQlopédia das residências em saúde. **Organizadores: Ricardo Burg**

Ceccim, Daniela Dallegrave, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Virgínia de Menezes Portes, Belchior Puziol Amaral. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2018.

APÊNDICE 1 – QUESTÕES DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO

PERFIL

- 1- Qual o nome do seu Programa na Residência Uni e Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição?
- 2- Qual o ano de conclusão da sua turma?
- 3- Qual a sua naturalidade?
- 4- Qual a sua idade?
- 5- Qual seu sexo/gênero?
- 6- Qual sua cor/ raça?
- 7- Qual seu local de moradia atual (cidade)?
- 8- Estado civil:
- 9- Mora com quem?
- 10- Qual a sua escolaridade atual?
- 11- Qual é a escolaridade da sua mãe?
- 12- Qual é a escolaridade de seu pai?
- 13- Você fez outra residência uni ou multiprofissional, antes ou depois, de realizar a sua na GEP-GHC?
- 14- Se você fez outra residência uni ou multiprofissional, esta foi na GEP-GHC ou em outro Programa?
- 15- Você recomendaria uma formação na GEP-GHC para um amigo?
- 16- Você realizaria outra formação na GEP-GHC?

EMPREGABILIDADE

- 17- Atualmente, você está:
- 18- Se você estiver trabalhando: trabalha na instituição em que fez a residência multiprofissional, ou seja, no Grupo Hospitalar Conceição?
- 19- Caso esteja trabalhando, informe o município e o estado em que trabalha:
- 20- Você trabalha na área em que se formou na GEP-GHC?
- 21- Você trabalha em qual área?
- 22- Qual a sua satisfação em relação a sua ATIVIDADE PROFISSIONAL na atualidade?
- 23- Aproximadamente, qual a sua renda mensal?
- 24- Na sua opinião, como está a sua REMUNERAÇÃO em relação a MÉDIA do mercado?
- 25- Qual é a sua CARGA HORÁRIA semanal de trabalho?
- 26- Qual é o seu VÍNCULO EMPREGATÍCIO principal?
- 27- Qual a relação entre o seu trabalho atual e a sua formação na GEP-GHC?
- 28- Como é a EXIGÊNCIA DA SUA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL na atualidade?
- 29- Qual o seu grau de satisfação com a ÁREA PROFISSIONAL em que você fez o curso na GEP-GHC?

30-Na região em que você vive, como são as OFERTAS PROFISSIONAIS da área em que se formou?

31-Qual o seu VÍNCULO EMPREGATÍCIO anterior à formação oferecida na GEP-GHC?

32-Você acha que a formação realizada na GEP-GHC contribuiu para uma melhor inserção no mercado de trabalho?

33-Na sua prática profissional, como você avalia a aplicação das DIRETRIZES e dos PRINCÍPIOS do SUS descritos a seguir:

33.1 I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

33.2 II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

33.3 III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

33.4 IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

33.5 VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

33.6 VIII - participação da comunidade.

AVALIAÇÃO DO EGRESSO

34-Na sua opinião, como foi o seu APRENDIZADO durante o curso?

35-Em relação ao tempo de duração da formação recebida:

36-Por que você escolheu realizar a formação na GEP-GHC (você pode marcar mais de uma opção)?

37-O que você destacaria como diferencial da formação na GEP-GHC (você pode marcar mais de uma opção)?

38-Como você avalia a GEP-GHC de modo geral?

39-Como você avalia a INFRAESTRUTURA geral da GEP-GHC?

40-Como você avalia a FORMAÇÃO que concluiu?

41-Como você avalia os CONHECIMENTOS TEÓRICOS oferecidos na formação?

42-Como você avalia os CONHECIMENTOS PRÁTICOS oportunizados na formação?

43-Como você avalia a QUALIFICAÇÃO DOS SEUS PROFESSORES ou PRECEPTORES?

44-Como foi o seu curso realizado em relação a sua EXPECTATIVA?

45-Se você pudesse avaliar o(s) principal(is) aspecto(s) que a formação da GEP-GHC trouxe para sua vida, qual(is) seria(m) este(s)?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APROVADO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a:

Você está sendo convidado(a) a colaborar com a pesquisa “O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde de um complexo de serviços de saúde público”, desenvolvida por mim, Aline Zeller Branchi, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Jussara Mendes. O objetivo principal do estudo é identificar o perfil sócio-demográfico e de empregabilidade de egressos dos sete Programas de Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição, no período de 2004 até 2017, a partir de três temas: perfil, empregabilidade e avaliação do egresso. Procura-se contribuir com a definição do perfil desse egresso e para buscar ferramentas que qualifiquem os processos de ensino.

Dessa forma, peço que leia este documento e esclareça suas dúvidas antes de consentir sua participação neste estudo. O consentimento será realizado pela pergunta posta, a seguir, neste formulário, na medida em que você responder: “SIM, autorizo” e dê continuidade ao processo.

A pesquisa será feita com todos os egressos no período de 2004 até 2019, contemplando as turmas de 2004 até 2017. Para tanto, desenhou-se o seguinte processo: a) verificar os egressos que não responderam à pesquisa realizada no serviço; b) encaminhar e-mail e disponibilizar o convite neste link de formulário do google docs para a captação de dados, leitura do TCLE e aceite a partir da pergunta explicada neste termo; c) análise dos dados gerados a partir dos formulários respondidos. Sua colaboração ajudará a identificar o perfil do egresso e trazer elementos para trabalhos futuros.

De acordo com esse processo, assumo, com você, os seguintes compromissos:

1. Você está ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa e pode manifestar seu interesse em participar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.
2. Você está ciente de que está sendo convidado(a) a responder um formulário com trinta e sete questões, distribuídas em trinta e cinco questões objetivas e duas abertas, em um tempo estimado de 10 minutos para resposta.
3. Sua identidade, assim como as identidades de todos(as) os(as) participantes serão mantidas em sigilo. Ao lidar com dados, ainda, sempre existe a possibilidade de identificação, mas o delineamento prevê a proteção de dados com cuidado para que isso não ocorra.
4. As informações reunidas serão usadas unicamente para fins de pesquisa e de trabalhos científicos que dela poderão se desdobrar. Os dados estarão sob minha guarda por um período de 5 anos; após esse tempo, serão destruídos.
5. Os resultados lhe serão apresentados, pois esse retorno permitirá que você tome ciência das informações produzidas durante a pesquisa, assim como assegurará que tais informações não serão utilizadas em prejuízo ou para a estigmatização de nenhum(a) dos(as) envolvidos(as). Assim, entre os meses de abril e maio de 2020, um resumo com os principais resultados serão enviados ao seu mail.
6. Caso você possua interesse em desistir de colaborar com a pesquisa, isso poderá ser feito em qualquer fase, sem penalização alguma, por meio do mail: alinebranchi@gmail.com.

VERSÃO APROVADA EM 15/07/2019
Comitê de Ética em Pesquisa - GHC

7. Você pode solicitar informações, em qualquer momento, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, por meio do e-mail alinebranchi@gmail.com, telefone (51)993160435, endereço Av. Francisco Trein, 326, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre/RS,

8. Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, você poderá entrar em contato com Daniela Montano Wilhelms, Coordenadora-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2805, endereço Av. Francisco Trein 326, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – CETPS (ESCOLA TÉCNICA GHC), 1º andar, das 08h às 12h e das 14h:30min às 15:30h

9. Você não terá nenhum tipo de despesa como participante do estudo, bem como nada será pago por sua participação.

10. Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos. Entre os riscos, está prevista a possibilidade da reativação de memórias traumáticas, pensamentos e sentimentos desagradáveis, como: angústia, ansiedade e tristeza, em decorrência do processo formação e do trabalho em saúde. Nesse sentido, se você manifestar algum desconforto, retomarei o sentido voluntário da pesquisa, informando a possibilidade de interrupção e desistência da participação em qualquer momento. Também, por se tratar do envio de um formulário eletrônico, existe a possibilidade de vírus e perda de dados, o que será minimizado com a segurança adequada disponível para evitar essas ocorrências, mas é importante que você tenha um antivírus atualizado.

Agradeço sua atenção e sua disponibilidade, estando à disposição para qualquer esclarecimento decorrente deste estudo.

Porto Alegre, 2019.

Aceita participar da pesquisa conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?

SIM, autorizo.

NÃO, não autorizo.

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP – GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.128/0001-78

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardero, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 15 de julho de 2019, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 19100

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

JUSSARA MARIA ROSA MENDES

ALINE ZELLER BRANCHI

Título: O perfil dos egressos da residência multiprofissional de um complexo de serviços de saúde público.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

Considerações finais:

- O estudo poderá ser iniciado somente a partir desta data. Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao CEP/GHC e ao Setor/Serviço onde está sendo realizada a pesquisa;

Porto Alegre, 15 de julho de 2019.

DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA
Coordenador adjunto do CEP-GHC