



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCA LOPES DE SOUZA

ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS
DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CEARÁ: uma proposta de autoavaliação a partir dos
casos de Sobral e Fortaleza

SOBRAL
2012

FRANCISCA LOPES DE SOUZA

**ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS
DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CEARÁ: uma proposta de autoavaliação a partir dos
casos de Sobral e Fortaleza**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maristela Inês Osawa
Chagas

Coorientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

SOBRAL
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

S715e Souza, Francisca Lopes de.
Estruturas essenciais de avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família no Ceará: uma proposta de autoavaliação a partir dos casos de Sobral e Fortaleza. / Francisca Lopes de Souza. – 2012.
132 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus de Sobral*,
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2012.
Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Chagas.
Coorientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

1. Saúde da família. 2. Avaliação educacional I. Título.

CDD 618.098131

FRANCISCA LOPES DE SOUZA

ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS
DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CEARÁ: uma proposta de autoavaliação a partir dos
casos de Sobral e Fortaleza

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família, da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Educação Permanente
em Saúde

Data da defesa: ____ / ____ / ____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Maristela Inês Osawa Chagas (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof.ª Dr.ª Maria Socorro de Araújo Dias(Examinadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)_

Prof. Dr. Marcos Antônio Martins Lima (Examinador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira(Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho a DEUS, fonte de infinita sabedoria, misericórdia e amor.

À minha família (Fernando, Bia e João Pedro), pelo apoio, carinho e compreensão aos momentos de imersão.

À minha tia/mãe Luzia Lopes Soares (*in memoriam*) que foi e sempre será minha fonte de inspiração e exemplo a ser seguido.

Agradecimento Especial

À minha orientadora, professora Maristela Osawa, pelo seu incentivo, carinho e tranquilidade com que conduziu todo esse processo.

Ao professor Geison Vasconcelos, pelas contribuições preciosas, pela disponibilidade e pelo carinho sempre dispensado.

Sem a ajuda de vocês, esse momento não seria possível.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Quero deixar aqui registrado meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para esse momento.

Não há palavras suficientes para demonstrar a minha gratidão a tantos que partilharam suas vidas comigo; por isso, quero agradecer aos amigos de forma geral, em especial, à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, que tem me oportunizado a possibilidade de crescer e aprender permanentemente.

Aos colegas de mestrado e aos professores, que vêm dedicando os últimos anos à concretização de um sonho de muitos profissionais de saúde da zona Norte do estado do Ceará: o Mestrado em Saúde da Família, em Sobral.

A todos os militantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e das residências multiprofissionais, em especial ao coletivo de coordenadores, preceptores e tutores, com os quais aprendi muito.

"Procurar apaixonadamente um lugar ainda é mais gratificante que achá-lo. O que se tem já se tem. O que não se tem é o que importa."

(Pedro Demo)

RESUMO: A Residência Multiprofissional em Saúde da Família surgiu no Brasil, em meados dos anos 90, em respostas às exigências do Programa Saúde da Família (PSF), com relação à qualificação dos profissionais de saúde para atuarem dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde. Desde então, essa modalidade de formação em serviço vem sendo defendida como estratégia possível para efetivar o encontro educação-trabalho-saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, algumas indefinições no campo pedagógico e metodológico têm apontado desafios no âmbito da avaliação, seja por falta de parâmetros mínimos, seja pela incipiência de métodos e instrumentais. Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de autoavaliação para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família à luz do referencial estrutural-sistêmico a partir da análise dos projetos político pedagógicos dos programas de Sobral e Fortaleza. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso múltiplo incorporado, documental e bibliográfico. A pesquisa foi realizada entre maio de 2011 à janeiro de 2012. A coleta de dados consistiu na análise dos projetos político pedagógicos das duas unidades de análise (Sobral e Fortaleza) para identificação das estruturas essenciais de avaliação e validação destas estruturas junto aos especialistas. Foram considerados especialistas os atores que compõem os programas, quais sejam, tutores, preceptores, coordenadores e residentes. Na ocasião do painel, compareceram 07 docentes (tutores e preceptores), as coordenações dos dois programas e 5 residentes de diferentes categorias. As informações oriundas das validações foram analisadas a partir das contribuições dos painelistas em diálogo com o arcabouço jurídico e teórico das residências multiprofissionais. Utilizou-se da análise temática descrita por Minayo (2008) para as contribuições dos especialistas. As estruturas validadas revelaram que os Programas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no Ceará precisam contemplar, em suas propostas pedagógicas, os princípios do SUS, com destaque para a integralidade. Necessitam considerar a diversidade de cenários de aprendizagem, além de tomarem em consideração a realidade institucional e a realidade lócus-regional, e estabelecer um diálogo permanente com o quadrilátero da formação em saúde: atenção, gestão, ensino e controle social. As estruturas de gestão do programa, contexto, currículo e pesquisa foram “novidades” bem aceitas pelos especialistas e trouxeram à tona situações que são pouco discutidas e avaliadas nas residências, tais como: a produção científica, as ações de responsabilidades sociais realizadas junto à comunidade, a percepção dos trabalhadores e dos usuários sobre a contribuição das residências multiprofissionais para a melhoria da qualidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. Com base nos relatos dos especialistas, pode-se verificar que o momento da validação provocou reflexões e despertou a necessidade premente de utilizar a autoavaliação como estratégia de aprimoramento do programa. A adequação das estruturas validadas às realidades de outros programas também foi apontada pelos especialistas como possível. A adaptação e a validação das estruturas essenciais de avaliação de programas de residências multiprofissionais em saúde da família no Ceará, ora realizada, sinalizam para a relevância de uma proposta de autoavaliação das mesmas que supere as avaliações “tradicionalis” e se torne um processo tão inventivo quanto se deseja às residências.

PALAVRAS-CHAVE: Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Estruturas Essenciais de Avaliação; Avaliação Educacional; Saúde da Família; Educação na Saúde.

ABSTRACT: The multi professional residence in Family Health appeared in Brazil in the mid-90's in response to demands coming from the Family Health Program which required qualifications from their health professional team to work within the principles of Primary Health Care. Since then, this type of formation in service has been defended like a powerful strategy to accomplish the union *education-work-health* in UHS(Unified Health System). However, some indefiniciones in the pedagogical and methodological areas have constituted challenges which need to be overcome, mainly in the evaluation area, due to lack of minimal parameters, or the incipience of methods and instruments. This study has as an objective to elaborate a self-evaluation proposal for Multi professional Residence Programs in Family Health, guided by the structural-systemic reference(Lima, 2008), and starts out of the analysis of the Pedagogical-Political Projects of Programs in Sobral and Fortaleza. This work presents a qualitative approach characterized by *incorporated multiple study, documental and bibliographic researches*. It was held between May,2011 and January, 2012. The data collection consisted of Political-Pedagogical Projects in two units of analysis (Sobral and Fortaleza) which aimed the identification of the essential structures of evaluation and validation of these structures by the experts, where during the consecution of each step, appropriate instruments and collection techniques were used, such as filing guides and specialist overview. Seven teachers were considered as specialists, as well as two coordinators and five residents in the Program. The pieces of information from the validation were analyzed considering the panelists' contribution in multi professional residences. It was also made use of thematic analysis (Minayo,2008) for the specialists' contributions. The validated structures revealed that the Multi professional Residence Programs in Family Health in Ceará really need to review their pedagogical proposals, as well as the principles of UHS(Unified Health System), especially concerning integrity. It is also necessary to consider the diversity of learning scenarios, besides the institutional and regional realities, where a permanent dialogue should exist with the quadrilateral lines of formation: attention, management, teaching and social control. The structures of the program management, its context, curriculum and research were pieces of news well accepted by specialists, putting in evidence situations that are little discussed and evaluated in residences, such as: scientific production, social responsibility actions held by the communities, as well as the perception of workers and users on the contribution of multi professionals for the improvement of the health care quality in Family Health Strategy. Based on the specialists' reports, we can infer that the moment of validation has caused some reflections and the need for using self-evaluation as a strategy to improve the program. The adjustment of validated structures to other program realities was also mentioned by the specialists like something possible to be done. The adaptation and the validation of essential structures in multi professional residence programs in Family Health in Ceará outstand the importance of a self-evaluation proposal which can provide the improvement of the traditional evaluations. With that, it will be possible to attain such an inventive process so desired by the residences.

KEYWORDS: Multi Professional Residence in Family Health; Essential Structure of Evaluation; Educational Evaluation; Family Health Care; Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: O ESTADO DA QUESTÃO	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1 O REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1.1 O modelo estrutural sistêmico de avaliação educacional	28
3.1.2 Estruturalismo e sistemismo	30
3.1.3 Teoria estrutural-sistêmica de avaliação	32
3.1.4 A concepção de avaliação educacional	35
3.1.5 Autoavaliação Estrutural-Sistêmica	40
3.1.6 Estruturas essenciais de avaliação	40
3.1.7 Macroestrutura <i>curso</i>	44
3.2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO	45
3.2.1 Abordagem e tipologia do estudo	45
3.2.2 Cenário do estudo	48
3.2.3 Informantes do estudo.....	48
3.2.4 Procedimentos para a coleta das informações.....	49
3.2.4.1 Procedimentos para identificação e adaptação da matriz curso a programas de RMSF.....	50
3.2.4.2 Procedimentos e instrumentos para a validação.....	52
3.2.5 Procedimentos para análise e interpretação das informações.....	53
3.2.6 Aspectos legais e éticos da pesquisa.....	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1 COMO SURGE A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL?.....	56
4.1.1 A formação dos trabalhadores da saúde à luz de seu arcabouço jurídico.....	57
4.1.2 O surgimento das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil	64
4.1.3 Os princípios e as diretrizes da Residência Multiprofissional em Saúde	67
4.1.4 O surgimento da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará	69
4.1.4.1 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral.....	69
4.1.4.2 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Fortaleza.....	75

4.2 IDENTIFICAÇÃO E ADAPTAÇÃO DAS ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA AO MODELO ESTRUTURAL-SISTÊMICO.....	777
4.3 A VALIDAÇÃO DA MATRIZ CURSO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELO PAINEL DE ESPECIALISTAS	90
4.3.1 Considerações dos especialistas	104
4.3.1.1 Reflexão ou avaliação sobre o próprio.....	105
4.3.1.2 A matriz curso para Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família validada.....	108
4.3.1.3 Adequações das estruturas validadas a outros programas.....	106
4.3.1.4 Limitações da matriz validada segundo os especialistas.....	107
4.3.2 A matriz curso para Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família validada.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENCERRANDO O PERCURSO, RETOMANDO O CAMINHO	115
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES	126
ANEXOS	132

1 INTRODUÇÃO

A minha trajetória no Sistema Único de Saúde(SUS) teve início em 1998, quando fui aprovada em concurso público para a Prefeitura de Sobral. Quando aqui cheguei fui apresentada ao secretário de saúde, que resolveu fazer uma conversa com todas as assistentes sociais para definir a lotação de cada uma.

Naquele momento, ele me fez uma pergunta que marca minha atuação no SUS até hoje. Ele perguntou qual era a maior dor do mundo, e eu fiquei a pensar, sem saber o que dizer. Respondi que achava que era a dor do parto, ao que ele sorriu e disse: é a dor que você estiver sentindo; nunca esqueça isso quando estiver atendendo alguém. Nunca mais esqueci essa frase. E imbuída daquele sentimento, fui construindo minha história no SUS de Sobral.

Em 2003, fui convidada para coordenar um curso de nível superior para Agente Comunitário de Saúde (ACS), em caráter experimental, que havia iniciado na Escola de Formação em Saúde da Família, onde permaneço até hoje. Como corpo docente da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, pude participar de diversas experiências inovadoras na área da formação em saúde, entre elas, o Curso Sequencial para Agentes Comunitários de Saúde, a primeira formação de nível superior para esta categoria, que serviu de referencial para a formação técnica dos ACS do estado do Ceará, do qual fiz parte da elaboração da metodologia, do material didático e instrucional.

Em 2006, passei a fazer parte do corpo docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, quando estava em funcionamento a 5ª turma, assumindo o que naquele período denominava-se preceptoria de território, que incluía a orientação acadêmica e em serviço. Até aquele momento, tudo que conhecia sobre Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) era a partir da realidade de Sobral.

A referida turma apresentou um diferencial desconhecido para nós, a militância dos residentes junto ao Fórum Nacional de Residentes, acrescentando um componente político que até então era incipiente entre nós, que gerou certo estranhamento e - porque não dizer - desconforto no corpo docente, na gestão do programa, na instituição formadora e no próprio sistema de saúde.

Os constantes embates dos residentes, as críticas à metodologia implementada, a organização do sistema de saúde, a falta de perspectiva de uma certificação com

reconhecimento nacional, adentraram nossa aldeia e trouxeram à tona questões que não haviam sido vividas nas turmas anteriores.

Sobral sofria os reflexos de uma conjuntura em que residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programas de Residência Multiprofissional lutavam pela constituição da Comissão Nacional para esta modalidade de formação, a exemplo do que já ocorria com a Medicina, além de pleitearem o credenciamento dos programas, reconhecimento e gozo da condição de egressos de programas de residência e, principalmente, certificação com reconhecimento do Ministério da Educação, bem como a instituição de uma política permanente de financiamento para estes programas por parte do governo federal.

Nessa conjuntura, fui convidada a representar a Escola no Fórum de Preceptores e Tutores na Universidade de São Carlos, São Paulo, no ano de 2007, onde lá seriam escolhidos os representantes para compor a recém-criada Comissão de Residências Multiprofissional em Saúde, sendo eleita como suplente. A partir daquele momento, passei a me inserir no movimento das residências multiprofissionais. Já no primeiro ano de funcionamento da Comissão, passei à titularidade, em virtude da finalização do programa de residência do preceptor eleito como titular.

O período de quase dois anos que estive representando os tutores e preceptores na Comissão, na condição de titular, possibilitou-me desvelar o componente político presente nesse movimento e os inúmeros desafios presentes nos elementos pedagógicos e de financiamento.

As inúmeras experiências que ocorreram no Brasil, nas décadas de 1990 e 2000, evidenciaram a ausência de um direcionamento pedagógico mínimo por parte dos órgãos financiadores, deixando que cada Instituição de Ensino Superior (IES) ou Sistema de Saúde local construíssem sua proposta, ocasionando uma diversidade de modelos pedagógicos que também resultaram em perfis de egressos diferenciados.

A ausência de normatização mínima para Programas de Residências Multiprofissionais trouxe repercussão na definição da distribuição da carga horária prática e teórica nos conteúdos ministrados, no desenho metodológico, e principalmente, nosso interesse nessa pesquisa, no formato das avaliações.

A própria Comissão, à medida que foi funcionando, identificou a necessidade de construir parâmetros mínimos, inclusive com a elaboração de um documento preliminar que seria utilizado para avaliar os programas que requeressem credenciamento e desejassem reconhecimento de seus cursos, documento que só recentemente voltou a ser discutido e que

recebeu alterações e será brevemente utilizado pelos avaliadores junto aos programas cadastrados para efeito de credenciamento e certificação.

Durante o período que estive na Comissão e no movimento das residências, muitas questões surgiram, entre elas, ficou evidenciado que, mesmo sendo considerado o padrão ouro da pós-graduação *lato sensu*, ainda pairam muitas dúvidas quanto à efetividade dessa formação, principalmente por tratar-se de uma formação de custo elevado e baixo alcance, situação evidenciada pela nítida opção da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), na gestão 2007 a 2010, de ofertar Especialização em Saúde da Família na modalidade de Educação a Distância (EaD) em larga escala, por acreditar que conseguiria atingir um contingente maior, com menor custo e em curto prazo.

No levantamento bibliográfico da produção teórica sobre a Residência Multiprofissional, em especial em saúde da família – meu objeto –, ficou evidente a baixa produção sobre a avaliação dos programas. A maioria das pesquisas revelou que os programas encontram-se em processo de sistematização de seus saberes e práticas. A produção acerca da avaliação de aprendizagem das residências multiprofissionais, ou mesmo relatos que apresentem como estão organizados seus processos avaliativos, são quase inexistentes, o que demonstra um vazio teórico importante no quesito de avaliação desses programas.

A bem da verdade, o que parece é que a União, estados e municípios têm investido em uma modalidade de formação, sem a preocupação de avaliar a qualidade da formação ofertada, sua organicidade com os princípios do SUS e com a concepção de educação permanente em saúde, bem como, e não menos importante, com a repercussão dessa formação na transformação das práticas de saúde.

A princípio, a intenção da pesquisa era construir um modelo de avaliação que possibilitasse a avaliação de programas de Residências, muito similar ao que o Ministério da Educação (MEC) já realiza para os cursos de graduação, e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para os mestrados e doutorados. A empreitada mostrou-se, no atual momento histórico e teórico, complexa demais para uma dissertação de mestrado, sendo redirecionado, por orientação da banca de qualificação, para o mapeamento das estruturas essenciais de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família a partir da análise de projetos pedagógicos dos referidos programas no Ceará, utilizando o referencial estrutural-sistêmico elaborado por Lima (2008), o que se mostrou mais pertinente e exequível, além de extremamente relevante, pela exígua produção científica nesta área.

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa guarda-chuva desenvolvido pelo grupo de pesquisa denominado LABSUS (Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva), do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), o qual foi contemplado por um edital do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) em 2010. O objeto de pesquisa do PPSUS Sobral é a avaliação de programas de residências multiprofissionais em saúde da família, tendo como propósito elaborar um modelo de avaliação para os referidos programas. Dentre as pesquisas desenvolvidas, encontra-se esta dissertação, que procurou sistematizar uma proposta de autoavaliação a partir da adaptação das estruturas essenciais de avaliação propostas pelo modelo estrutural-sistêmico.

No que concerne à avaliação das residências multiprofissionais, nosso objeto de estudo, a revisão das produções evidenciou uma incipiente elaboração, o que corrobora para a certeza da necessidade de se buscar mais estudos no campo da avaliação. A inquietação cotidiana enquanto corpo docente da residência médica foi comprovada pela produção científica da área, pois é preciso pesquisar, sistematizar modos, maneiras de como avaliar as residências. O que é essencial avaliar nas residências multiprofissionais? De onde partir? Por onde começar? O que considerar? Tratando-se de uma formação em serviço, como avaliar o aprendizado nos cenários de prática? Como integrar as “diretrizes” ou pressupostos identificados: integralidade, trabalho em equipe multiprofissional e educação permanente, na avaliação desses programas? Se a novidade é o campo, se ele é que pulsa, como criar instrumentos que deem conta dessa relação campo e núcleo na formação em residências?

Inovação parece ser a palavra de ordem presente na literatura disponível sobre residências multiprofissionais. Que elas se constituem enquanto “inovação”, não se tem dúvidas, a questão central é: como avaliar até que ponto esse caráter inovador tem se revestido em novas práticas de saúde? De que forma as propostas pedagógicas tem procurado articular a integralidade, a educação permanente e a interdisciplinaridade? As residências multiprofissionais têm procurado articular suas propostas pedagógicas com os princípios e diretrizes do SUS? São muitas as indagações que pairam sobre as residências multiprofissionais em saúde.

Quando se fala em residências multiprofissionais, não estamos falando de uma pós-graduação tradicional, com carga horária apenas teórica; estamos nos referindo a uma formação que, além de se propor estabelecer uma relação orgânica com os princípios do SUS,

tem como campo de prática, inevitavelmente, o próprio SUS, com todas as suas conquistas e dilemas.

A diversidade pedagógica empreendida pelas residências multiprofissionais gera dificuldades quando se pensa em criar uma proposta de avaliação para as residências multiprofissionais, com o agravante da escassa produção teórica acerca da temática nesta modalidade e, principalmente, pela incipiente regulamentação e/ou normatização dessa formação. Tudo isso são elementos que dificultam, mas que também despertam o interesse pelo tema avaliação de Residências Multiprofissionais.

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde ainda não passaram pelo processo de avaliação externa, em decorrência da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde não ter conseguido implantar um sistema de avaliação. As próprias diretrizes pedagógicas que deveriam nortear os programas na organização curricular das residências permanecem em formato de minuta. As avaliações internas, se vêm ocorrendo, parecem ser de forma isolada e não têm sido divulgadas. Tudo isso demonstra a relevância de um estudo no campo da avaliação para Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

Essa situação nos fez refletir sobre a necessidade de sistematizar uma proposta de autoavaliação para essa modalidade de formação, por entender que os Programas de Residências Multiprofissionais, necessitam de processos de avaliação que os ajudem a

[...] identificar seus pontos mais fortes, suas carências setoriais e necessidades gerais, definir prioridades institucionais mais importantes, e elaborar as ações para o efetivo desenvolvimento institucional(SINAES, 2007, p.106).

É partindo dessas reflexões que tomo como questão de pesquisa a seguinte indagação: como identificar as estruturas essenciais de avaliação em Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família para uma proposta de autoavaliação?

O objetivo geral deste trabalho é elaborar uma proposta de autoavaliação para Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família à luz do referencial estrutural-sistêmico desenvolvido por Lima (2008).Como objetivos específicos, temos: identificar as estruturas essenciais de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família para um modelo de autoavaliação a partir da análise dos dois programas existentes no Ceará; adaptar a matriz estrutural “curso” do referencial estrutural-sistêmico para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; validar a matriz estrutural adaptada com os informantes-chave dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral e Fortaleza; analisar as percepções dos informantes-chave

sobre as estruturas essenciais de avaliação adaptadas para programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Na busca da consecução desse estudo, optou-se pelo referencial teórico-metodológico e estrutural-sistêmico desenvolvido por Lima (2008) para cursos de Administração em faculdades isoladas e privadas, onde o mesmo mapeou as estruturas essenciais de avaliação e seus indicadores quantitativos e qualitativos, submeteu-os aos *stakeholders* dos cursos pesquisados, para depois sistematizar um modelo de autoavaliação estrutural-sistêmico.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008), de caráter documental, bibliográfico (GIL, 2005) e caracteriza-se como estudo de caso múltiplo incorporado (YIN, 2001). O presente estudo foi realizado no período compreendido entre maio de 2011 a janeiro de 2012 e teve como cenário de estudo os programas de residências multiprofissionais em saúde da família existentes no estado do Ceará, mais precisamente em Sobral e Fortaleza.

A opção pelo método estrutural sistêmico exigiu a utilização de uma metodologia que combinasse várias técnicas de coleta de dados. Inicialmente realizou-se o levantamento bibliográfico e normativo dos programas de residências multiprofissionais em saúde; em seguida, foi efetuada a análise documental dos projetos políticos pedagógicos das duas unidades de análise, Sobral e Fortaleza, para identificação de estruturas essenciais de avaliação dos referidos programas. O terceiro momento consistiu-se na adaptação das estruturas identificadas à Matriz Curso, de Lima (2008), em diálogo com os referenciais normativos e teóricos do objeto em estudo. Após a identificação e sistematização das estruturas essenciais de avaliação, validaram-se as estruturas, tendo como referencial o painel de especialistas dos autores Struchiner, Ricciardi e Vetromille (1998) e Kristina, Major e Vleuten (2004).

Para a realização do painel de especialistas foram convidados os docentes-tutores e preceptores, residentes e as coordenações dos respectivos programas. O painel dividiu-se em duas etapas: a validação da matriz e uma entrevista coletiva em que os participantes falavam livremente de suas impressões sobre a matriz validada. Este material foi apreciado com base na análise temática proposta por Minayo (2008).

A possibilidade de identificar estruturas essenciais de avaliação das residências, para posterior sistematização de uma proposta de autoavaliação dos programas, pode contribuir para a consolidação dessa modalidade de formação, como também, no aperfeiçoamento dos programas, visto que a autoavaliação contribui com o desenvolvimento institucional e educacional dos programas e possui caráter educativo, de melhora e de autorregulação

(LIMA, 2008). Além de ser um processo coletivo que pode envolver os diversos atores, como residentes, preceptores, tutores, usuários, trabalhadores da Atenção Primária e Gestão do Programa e do Sistema de Saúde.

A dissertação está dividida em três capítulos: o primeiro se propõe a sistematizar, através do estado da questão (NÓBREGA; THERRIEN, 2004), um levantamento teórico sobre os principais conceitos que embasam a formação em Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. O segundo capítulo apresenta o referencial estrutural sistêmico elaborado por Lima (2008), que serviu de referencial teórico-metodológico para a pesquisa e o percurso metodológico adotado. No terceiro capítulo são apresentados os resultados e discussões a partir do material empírico, com destaque para a apresentação da matriz validada pelos especialistas, em que são identificados os indicadores de autoavaliação para programas de residências multiprofissionais em saúde da família.

2 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: O ESTADO DA QUESTÃO

O estado da questão, segundo Nóbrega e Therrien (2004), tem como objetivo, a partir de um rigoroso levantamento bibliográfico, levar o pesquisador a situar o seu tema ou objeto investigado, permitindo uma melhor delimitação do problema específico de pesquisa e possibilitando a descoberta das categorias teóricas de análise.

Os mesmos autores orientam que para subsidiar esse momento sejam consideradas as publicações disponíveis em bancos de dados, bibliotecas e periódicos. Para efeito dessa pesquisa, especificamente, optou-se pelos artigos científicos publicados em periódicos e que estivessem disponíveis em base de dados eletrônicas, como a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO¹) e a Bireme/Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)². No entanto, a busca pela produção nessas bases de dados revelou uma escassa publicação sobre a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Nóbrega e Therrien (2004, p.8) definem que o “estado da questão” pressupõe uma “[...] busca seletiva e crítica das fontes de informação da produção científica e restringe-se aos estudos e parâmetros próximos às especificidades do interesse do pesquisador o que requer consulta a documentos substanciais”.

Seguindo essa orientação, foi escolhida como palavra-chave “Residência Multiprofissional em Saúde da Família”, com objetivo de obter resultados mais próximos à especificidade do objeto.

No sítio eletrônico da *Scielo*, foram obtidos 9(nove) artigos, onde 2 (dois) apresentavam duplicidade e, quando lidos os resumos, apenas 4(quatro) estavam relacionados com a temática.

Na base de dados da Bireme, quando efetivada a busca utilizando a palavra-chave “Residência Multiprofissional em Saúde da Família”, em todas as fontes e em todos os índices, foram encontrados 18(dezoito) artigos e apenas 7 (sete) apresentavam relação com o objeto de pesquisa.

Para ampliar a busca, decidiu-se utilizar a palavra-chave “Residência Profissional em Saúde”, que resultou na *Scielo* em 14(quatorze) artigos, que, ao serem analisados, só

¹ Disponível em:<<http://www.scielo.org/php/index.php>>.

² Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>.

8(oito) preenchiam os requisitos. Na base de dados Bireme, a busca apresentou 34(trinta e quatro) artigos, que após análise dos resumos resultou em apenas 13 (treze).

Na tentativa de ampliar a literatura acerca da residência, foram utilizadas as palavras-chave “Residência Multiprofissional em Saúde da Família” *and* “avaliação”, o que em nada alterou os resultados já descritos acima. Apareceram 3(três) artigos, mas só 2(dois) apresentavam relação com o objeto da pesquisa. Quando utilizado “Residência Multiprofissional em Saúde” *and* “avaliação”, 5 (cinco) artigos foram encontrados, e só 2 (dois) têm relação com Residência Multiprofissional em Saúde.

Essa pesquisa nas bases eletrônicas de dados evidenciou que o objeto “Residência Multiprofissional em Saúde” apresenta escassa publicação nos periódicos brasileiros, o que levou a pesquisadora a optar pela substituição da palavra-chave “Residência Multiprofissional em Saúde da Família” pela palavra-chave “Residência Multiprofissional em Saúde”, que se mostrou mais efetiva para o objetivo proposto à elaboração do “estado da questão”.

Em virtude dessa exígua publicação, recorreu-se à dissertações e teses do portal da CAPES e ao *blog* das residências em saúde criado pelo coletivo de preceptores e tutores, com objetivo de divulgar e socializar o conhecimento produzido, assim como livros publicados sobre a temática.

Na tentativa de construir um “estado da questão”, serão tratados os estudos cuja abordagem verse sobre as residências multiprofissionais em saúde da família, objeto desta pesquisa. Para isso, foi realizado um levantamento da produção nessa área, utilizando a literatura disponível nas bases de dados eletrônicas, bem como as dissertações e teses disponíveis no portal da CAPES.

A produção acadêmica remete aos últimos 10 (dez) anos, com concentração no período de 2005 aos dias atuais. Esse curto período é consequência de uma trajetória recente dessa modalidade de formação. A literatura encontrada reflete uma busca pela sistematização dos saberes e práticas produzidas no interior desses programas e a luta pela consolidação das residências multiprofissionais como alternativas ao modelo de formação biomédico, ainda vigente no Brasil.

O surgimento das residências multiprofissionais em saúde é anterior à criação do SUS, segundo Campos (2006). Ao buscar conhecer a origem das residências multiprofissionais em saúde no Brasil, percebe-se que, inevitavelmente, elas surgem atreladas às residências de Medicina Comunitária e/ou Medicina Preventiva e Social, para só depois seguirem seu próprio caminho.

Assim, segundo Campos (2006), a primeira residência de Medicina Comunitária no Brasil surgiu em Porto Alegre, no ano de 1976, na Unidade Sanitária São José do Muriel, criada pela Secretaria Estadual de Saúde e tendo como proposta formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública. Em 1978, esta Residência tornou-se multiprofissional.

O coletivo dos residentes multiprofissionais resgata a origem das residências multiprofissionais a partir de um documento denominado “Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social” (1983), produzido em João Pessoa(PB), por um grupo de trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Nesse documento, a origem da Residência Multiprofissional é vinculada ao Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1979. Ainda segundo o relato, o programa aproveitou o Treinamento Avançado em Serviço (TAS) desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz, que trabalhava com formação multiprofissional desde 1977. Esta experiência serviu de disparador para a criação de vários programas de Residência Multiprofissional, com a crescente incorporação de outras categorias não médicas nas residências de Medicina Preventiva e Social (PEDERNEIRAS *et al.*, 1984 *apud* RAMOS *et al.*,2006).

Por volta de 1982, o INAMPS decide transformar as residências na área de Medicina Preventiva e Social em Residências de Medicina Geral e Comunitária, acarretando a extinção do financiamento de residentes não médicos.

O advento do SUS e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), segundo Da Ros *et al.* (2006), vai evidenciar uma das grandes contradições da formação em saúde: se não mudar o sistema, a formação não muda, e as instituições formadoras só mudam se o sistema mudar. O fato é que o PSF precisava de profissionais com um perfil completamente diferente dos que estavam sendo formados e/ou que já estavam no mercado.

Diante desse desafio, em 1999, o Ministério da Saúde, através do Departamento da Atenção Básica (DAB), articulou um seminário de reativação das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família que, preservando as especificidades de cada profissão, teria que criar um campo comum com ênfase na promoção da saúde, integralidade, trabalhos com grupos, educação popular e acolhimento (DA ROS *et al.*, 2006).

A maioria dos autores, com destaque para Campos (2006), Da Ros *et al.* (2006) e Rosa e Lopes (2010) define o ano de 2002 como o que colocou as Residências

Multiprofissionais em Saúde da Família em evidência no cenário nacional, com a garantia de financiamento por parte do Ministério da Saúde para cerca de dezenove (19) programas.

Gil (2005) publicou um estudo que tinha como objetivo caracterizar o perfil dos alunos dos primeiros cursos de Especialização e de Residência Multiprofissional ofertados pelo Ministério da Saúde. Este estudo fez parte de um processo de avaliação desses cursos, coordenado pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Especialização e Residência Multiprofissional) em Saúde da Família do Ministério da Saúde.

O dado mais relevante em relação às residências é que seus alunos eram, em sua grande maioria, recém-formados e não estavam diretamente vinculados ao serviço como profissionais, e sim na condição de residentes bolsistas, e a residência era a principal formação em pós-graduação para os mesmos (GIL, 2005). Pasini e Guareschi (2010) reafirmam esse perfil dos residentes multiprofissionais.

Nesse artigo, que tem como finalidade caracterizar o perfil dos cursantes das primeiras turmas de especialização e residência em saúde da família financiadas pelo Ministério da Saúde, já desponta a necessidade sentida pelo órgão financiador de uma avaliação desses processos. Além disso, a própria autora apresenta em suas considerações finais a necessidade de investimento no aperfeiçoamento e sistematização de avaliações de cursos, para que os avanços alcançados sejam disseminados, como forma de conhecer como a formação está respondendo às atuais necessidades apontadas pela saúde da família e pelo atual cenário sanitário brasileiro (GIL, 2005).

Também conclui que a residência, mais até que a especialização, pode “[...] representar oportunidades para uma reflexão organizada em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais” (GIL, 2005, p.497).

A formação em residências multiprofissionais, segundo Rosa e Lopes (2010), representava, naquele momento, o incentivo para o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde. Essas autoras, ao analisar a pós-graduação *lato sensu* com ênfase nas residências multiprofissionais, reconhecem o caráter inovador, mas apontam a falta de políticas públicas que incentivem e reconheçam a importância das mesmas. Também questionam se a indução por parte do Estado vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional ou se será mais uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais de saúde (p.493).

De uma forma geral, os artigos trazem o histórico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família como forma de demarcar politicamente seu surgimento no SUS. Verifica-se uma defesa da sua organicidade com os princípios doutrinários do SUS e com os ideários da reforma sanitária brasileira.

Há também um predomínio de um discurso no campo político ideológico e uma defesa da potencialidade dessa modalidade de formação para a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, de acordo com Campos (2006), Ramos *et al.* (2006), Da Ros *et al.* (2006) e Lobato (2010). Ainda, Lobato (2010) afirma que as residências multiprofissionais em saúde estão inseridas em um campo de disputas, e como projeto contra-hegemônico precisam de uma atuação permanente de seus coletivos (residentes, tutores e preceptores) como estratégia de manutenção dessa formação.

Ramos *et al.* (2006) corrobora com a necessidade da presença da dimensão política, pois contribui para a formação dos residentes como sujeitos

Com capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS [...] com conhecimentos, habilidades e atitudes para a elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia, apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente (RAMOS *et al.*, 2006, p.379).

Essa dimensão está presente em vários documentos e é compreendida como essencial para a formação de sujeitos críticos, que, no encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho (BRASIL, 2004), sejam capazes de refletir acerca de suas práticas e ressignificá-las.

No arcabouço jurídico que a institui e regulamenta, assim como na produção científica, evidencia-se a relação entre essa formação e a busca pela integralidade da atenção, que só pode ser alcançada através da interdisciplinaridade.

A integralidade, segundo Pasini e Guareschi (2010), é um dos temas mais falados hoje no Brasil, emergindo sempre quando se fala sobre assistência, formação, pesquisa e gestão. Ela adentra a saúde como elemento fundante a partir da Constituição Brasileira de 1988 e se complexifica na Lei Nº 8.080/90 ao ser definida como “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Assim, Pasini e Guareschi (2008) apontam a integralidade como um dos princípios com maior potencialidade e, ao mesmo tempo, mais desafiador em relação às mudanças na formação dos profissionais em saúde.

A potencialidade diz respeito à proposição de uma formação que possua uma concepção de sujeito global e integral, ou seja, não fragmentada ou dissociada de todos os fatores que fazem parte da produção humana: o biológico, o psicológico, o social, o histórico, o cultural, o racial, as relações de gênero e de orientação sexual, ou qualquer outro fracionamento que se pudesse propor (PASINI; GUARESCHI 2008, p.3).

A integralidade é reiterada por Lobato (2010) como uma diretriz fundamental em projetos de formação inovadores, como as residências multiprofissionais, visto que a educação pelo trabalho, aliada às estratégias de aprendizagem coletiva e equipe multiprofissional podem contribuir para a formação de trabalhadores na busca da integralidade. Silva (2010), quando enfoca sobre esta modalidade, define-a como multiprofissional, interdisciplinar, que tem como objetivo superar a fragmentação e segmentação do conhecimento e do cuidado em saúde. Considera-a como formação em serviço, articulada à educação permanente e tendo como princípio referencial a integralidade da atenção e, como princípio operador, o trabalho em equipe interdisciplinar (SILVA, 2010, p. 57).

Vários autores, entre eles Oliveira e Guareschi (2010), Lobato (2010), Silva (2010), Pasini e Guareschi (2008) e Silveira (2011), ressaltam a integralidade como princípio fundante da formação em RMSF, aliada à educação permanente em saúde e ao trabalho em equipes multiprofissionais. A relação intrínseca entre educação permanente e integralidade da atenção é referida como a possibilidade de formação diferenciada para o SUS. Segundo Oliveira e Guareschi (2010), a educação permanente torna-se o conceito pedagógico e metodológico para a experimentação das relações entre ensino-aprendizagem nas residências multiprofissionais.

Ao mesmo tempo em que a maioria dos autores considera o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade como eixos que sustentam a noção de integralidade da atenção à saúde, também concordam que se faz necessária uma discussão sobre o modo como as mesmas têm estado presentes na formulação de propostas de formação de trabalhadores para o SUS (PASINI; GUARESCHI, 2010).

Ao se propor refletir sobre a organização das Residências Multiprofissionais em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e da Escola de Saúde Pública/RS, Oliveira e Guareschi (2010), apresentam como perfil dos egressos profissionais capacitados em trabalho multidisciplinar, com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnicos, administrativos e políticos, sendo, no plano técnico:

[...] aperfeiçoam os conhecimentos trazidos em sua área de atuação, com trocas mais ricas e novas formas de entendimento do sujeito da saúde, permitindo ir além dos

limites de antigos paradigmas postos pelas disciplinas que qualificam academicamente os profissionais (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.97).

No plano administrativo:

[...] Oportunidade de análise e discussão das maneiras atualmente utilizadas na organização dos serviços assistenciais, propondo modos de planejamento e gestão mais inseridos nos cenários contemporâneos (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.97).

E no plano político:

[...] colocam-se em relação constante com a produção de práticas que apontem para a melhoria na vida das pessoas, com a produção de diferença a partir de formas mais humanizadas de inserção das políticas de saúde na vida de usuários e trabalhadores do sistema, fato este que se concretiza pelo engajamento destes na conformação do sistema, pela formação de um pensamento crítico frente às formas de assistência à saúde [...] (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.98).

Em sua dissertação, Oliveira (2009) revela que foi a pouca clareza acerca da real articulação da Residência Multiprofissional em Saúde com os princípios do SUS, e também a obscura forma de propor, subsidiar e avaliar o ensino oferecido por essa formação, que a motivaram a empreender um estudo com foco em três temas presentes nas formas de estruturação das Residências Multiprofissionais em Saúde: educação em serviço; organização de equipes multiprofissionais em saúde e aulas e supervisão: tempo-espaco para a produção da diferença.

Na tentativa de contribuir para a consolidação das residências multiprofissionais e da sistematização de suas práticas e saberes, Nascimento e Oliveira (2006) já defendiam a necessidade de construção de um perfil de competências para as residências multiprofissionais que atendesse às necessidades e demandas da saúde da população em situações concretas. Fato que se concretizou em outro artigo, datado de 2010, quando ambas identificam, a partir de uma pesquisa com quinze preceptores da RMSF e oito trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), ligados ao Programa da Santa Marcelina/SP, as competências multiprofissionais desejáveis aos envolvidos nos cenários da ESF.

Martins *et al.*(2010) afirmam que os programas de Residência Multiprofissional em Saúde apresentam alguns princípios em comum, tais como: oferta de ensino de pós-graduação direcionado para a educação em serviço de profissionais de saúde, exceto a médica; duração de dois anos, com carga horária anual de 2.880 horas; espaços de teoria e prática, através de seminários, oficinas, estudo de caso, pesquisa e supervisão;

desenvolvimento de atividades de formação em saúde em área hospitalar e ingresso por processo seletivo.

Entretanto, ressaltam que as diferenças existentes nas metodologias adotadas ou no espaço de atuação oferecido talvez sejam maiores que as semelhanças, resultado da diversidade dos programas ofertados.

Quanto ao componente avaliação, segundo Santos (2010), a diversidade de metodologias adotadas é encontrada também nos sistemas de avaliação. Entretanto, predominam instrumentos mais direcionados aos conhecimentos teóricos e de atitudes, enquanto que para os cenários de prática, que, segundo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (CNRMS), deve ocupar cerca de 80% da carga horária, ainda existem dificuldades em sistematizar estratégias de avaliação, como declara um dos entrevistados por Santos (2010), quando afirma que não possui instrumento para avaliar o campo de prática – o serviço.

Schaedler (2010), em sua tese, sistematizou, através do que ela denomina de carta de navegação, um conjunto de analisadores cujo objetivo é fornecer alguns subsídios para a avaliação das residências multiprofissionais em saúde, na perspectiva da inovação voltada para a consolidação do SUS.

Na referida tese, Schaedler (2010) propõe quatro marcadores compostos por três camadas, organizados em analisadores ou questões norteadoras. Os marcadores são: descentralização e regionalização; conceito ampliado de saúde e integralidade da atenção; educação permanente em saúde e gestão do programa de residência. Para cada marcador foram definidos os analisadores e os indicadores. O objetivo da tese é construir uma proposta de indicadores para a avaliação de residências multiprofissionais. Em suas considerações finais, indica a avaliação como importante dispositivo para o acompanhamento das possíveis inovações propostas pelas residências multiprofissionais em saúde.

Como adverte Feuerwerker (2008), a Residência Multiprofissional pode ser usada hegemonicamente, subordinando as relações aos procedimentos, mas pode ser usada inventivamente, ampliando a escuta, produzindo novas tecnologias de cuidado e ampliando a construção compartilhada de projetos terapêuticos com os usuários.

A elaboração dessa revisão bibliográfica possibilitou o desvelar de questões acerca da avaliação das residências multiprofissionais e apontou a educação permanente em saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção como conceitos fundamentais no estudo dessa modalidade de formação. Também confirmou a incipiente de

referências de avaliação e o desafio que está posto em discutir-se e buscar uma proposta de referencial teórico-metodológico de avaliação para as residências multiprofissionais em saúde da família

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O presente capítulo objetiva apresentar o referencial teórico adotado neste estudo, o método estrutural-sistêmico de avaliação, fazendo sua interlocução com objeto da formação em residências multiprofissionais em saúde e o percurso metodológico empreendido na busca da identificação das estruturas essenciais de autoavaliação da referida formação a partir do caminho proposto pelo método adotado.

3.1 O referencial teórico

A opção pelo modelo estrutural-sistêmico de avaliação educacional (LIMA, 2008) adotado nesse estudo foi decorrente da identificação da pesquisa com os pressupostos teóricos que fundamentam o referencial. O primeiro deles é a busca de um modelo de avaliação que supere o tradicional modelo da mesma, baseada nos objetivos educacionais e que considere as estruturas essenciais do objeto a ser avaliado, o que significa considerá-la como fenômeno plural e múltiplo, pois incorpora aspectos axiológicos, etimológicos, teleológicos e não teleológicos, científicos e contextuais.

Outro aspecto fundamental é a proposta de uma metateoria da avaliação e de uma epistemologia da avaliação empreendida pelo autor, entendendo a avaliação educacional como um ato científico-humano consciente que possibilita uma relação entre o “sujeito avaliador” e o “objeto avaliado”, na busca de conhecer melhor este objeto para transformá-lo ou aperfeiçoá-lo. Ao mesmo tempo em que este se transforma, também transforma o sujeito avaliador, sem negar o contexto que envolve ambos.

3.1.1 O modelo estrutural sistêmico de avaliação educacional

Lima (2008) procurou sistematizar um modelo estrutural sistêmico de autoavaliação para cursos de Administração de faculdades privadas isoladas tendo como referencial teórico-metodológico a epistemologia de Bachelard e a abordagem estrutural-sistêmica.

Na epistemologia de Bachelard, segundo Lima (2008), alguns conceitos são fundamentais para as ciências da educação, tais como: novo espírito científico, projeto e método múltiplo, obstáculos, rupturas, vigilância, recorrência epistemológica, racionalismo aplicado, noções de autoavaliação, avaliação quantitativa e qualitativa e conceito de

psicanálise do conhecimento. Alguns deles serviram de “guia” para uma reflexão sobre uma epistemologia da avaliação educacional empreendida pelo autor.

Para a construção da teoria de avaliação estrutural-sistêmica, o autor utilizou-se de um quadro de referência múltiplo, buscando conceitos aplicados de um estruturalismo histórico, portanto dinâmico, processual e sistêmico, conforme proposto por Bertalanffy (1973), Piaget (1979) e Saviani (1996 *apud* LIMA, 2008).

Em sua pesquisa, Lima (2008) utilizou-se da coleta de dados documental e bibliográfica como primeiro momento à identificação das macroestruturas essenciais de avaliação, bem como suas estruturas subsequentes, até 2º nível. Para atingir o que ele denominou de 3º nível, utilizou a pesquisa exploratória, com entrevistas estruturadas com *stakeholders*³, e procurou elencar as estruturas componentes de suas respectivas macroestruturas e validar seu modelo de autoavaliação estrutural-sistêmico para cursos de graduação em Administração Geral ou de empresas em IES isoladas e privadas. Fez a opção metodológica de utilizara abordagem qualitativa e quantitativa, por compreender que ambas compõem um binômio da essência da avaliação como um projeto de múltiplas abordagens.

Seu propósito foi construir um projeto ou modelo de autoavaliação institucional e educacional complementar às exigências do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) do MEC. É considerada uma pesquisa *sui generis*, por considerar a avaliação como tema complexo e por se propor a tocar as estruturas: científica, histórica, política, humana, educacional e institucional do objeto em avaliação.

Este estudioso usou, também, a estratégia metodológica quadripolar de De Bruyne; Herman e De Schoutheete (1977), que consiste na investigação científica a partir de quatro diferentes polos, porém integrados: epistemológico, teórico, técnico e morfológico.

O polo epistemológico tem como função a vigilância crítica e utiliza-se da epistemologia de Gaston Bachelard como estratégia metodológica por “[...] permitir que a busca do objeto científico, ou seja, os processos de Avaliação Educacional sejam plenamente flexíveis para revisões e novas melhorias [...]” (LIMA, 2008, p.46).

O polo teórico é o momento da construção de novos conceitos e visa “[...] preparar uma proposta teórica de autoavaliação, baseada em estruturas essenciais, contrato de autoavaliação e indicadores de desenvolvimento educacional e institucional” (LIMA, 2008,

³ Refere-se a todos os envolvidos em um processo. Nessa pesquisa, os *stakeholders* foram definidos como sendo os docentes (tutores e preceptores), residentes e coordenadores do programa, ou seja, os agentes envolvidos no processo avaliativo.

p.46), utilizando-se da fundamentação teórica dos quadros de referência estruturalista e sistêmico, fazendo as devidas correlações com a epistemologia de Bachelard.

O polo técnico, ou coleta de dados, constitui o “[...] espaço de experimentação do racionalismo praticado nos demais polos” (LIMA, 2008, p.47). É o momento de realização da pesquisa exploratória com a intenção de validar a aplicação das macroestruturas essenciais até 2º nível.

O polo morfológico consiste em apresentar e analisar o modelo tyleriano de avaliação de programas como o mais importante referencial construído a partir de programas curriculares. Ainda neste pólo, é “[...] proposto um projeto de autoavaliação estrutural – sistêmica a partir das concepções discutidas no pólo epistemológico; construídas no pólo teórico e aprimoradas no pólo técnico [...]” (LIMA, 2008, p.49).

3.1.2 Estruturalismo e sistemismo

Segundo Lima:

O estruturalismo pode ser considerado uma abordagem científica de várias modalidades de aplicação, mas que tem a intenção de mapear a totalidade das estruturas do objeto ou processo em estudo, obtendo o seu conjunto de relações determinantes, considerando o seu processo histórico expressado pelas transformações e pela dinâmica do próprio objeto, comportando as leis que produzem e buscam o equilíbrio ou *feedback* do seu sistema aberto e axiológico (LIMA, 2008, p.181).

O estruturalismo busca tornar ainda mais conhecível e inteligível o processo ou objeto visando a um manifesto da científicidade no campo em que é aplicado, embora não exista um só método estruturalista.

Quanto à definição de estrutura, segundo o autor:

A estrutura é própria de qualquer objeto científico ou de qualquer processo ou fenômeno natural ou social. A existência de um objeto, e um processo ou de um fenômeno pode ser caracterizada pela sua estrutura, pois esta mantém uma unidade sob os seus elementos constitutivos e viabiliza a integração das várias subestruturas componentes (LIMA, 2008, p. 181)

Embora toda estrutura possa ser investigada separadamente, é fundamental a visão da sua totalidade por meio das relações entre os seus elementos componentes. Não há invariância eterna na estrutura, seu caráter histórico a torna dinâmica e passível de transformações.

A concepção de história no método estruturalista está relacionada com as transformações ocorridas em um sistema aberto ao contexto sociopolítico e econômico, como um processo inacabado e que está sempre em formação. Assim, existem momentos em que as estruturas passam por mudanças e momentos em que estas permanecem inalteradas, o que fundamenta o complemento entre sincronia e diacronia, o que, segundo o autor, elimina a oposição entre estruturalismo e história.

A estrutura implica a própria textura da realidade, indicando a forma como as coisas se entrelaçam, algumas vezes independentemente, outras vezes envolvendo o homem, como no caso das estruturas políticas, sociais, econômicas, educacionais e administrativas. Já o sistema, por sua vez, implica uma ordem que o homem impõe a realidade, ou seja, é “[...] um arranjo lógico da realidade, com a identificação de fins comuns, para os quais concorrem harmonicamente os componentes de determinada estrutura” (LIMA, 2008, p.184).

A proposta de integração entre estruturalismo e sistemismo como quadro de referência teórica visa permitir o estudo das estruturas do objeto científico de forma sistematizada e relacionada a um contexto aberto ao seu sistema, que pode representar a própria totalidade resultante do estudo das estruturas e que também configura a existência do objeto, embora não seja confundido com modelo (LIMA, 2008).

Cabe diferenciar a abordagem sistêmica do estruturalismo da perspectiva sistêmica do funcionalismo. No funcionalismo, demonstrar a utilidade de um fato não é explicar como ele nasceu, nem como ele é o que é, logo abstrai a origem e as determinações que moldam o objeto científico e limita-se a descrever a sua contribuição para a ciência e para a sociedade.

Enquanto o estruturalismo privilegia a análise pela decomposição do todo em seus elementos sem perder a visão deste todo, o funcionalismo privilegia apenas a síntese da totalidade (LIMA, 2008, p.185).

Torna-se necessária uma diferenciação entre funcionalismo e sistemismo, feita por Ludwig Von Bertalanffy (apud Lima, 2008), quando salienta que o primeiro dá ênfase às estruturas estáticas e desvaloriza o processo histórico, enquanto o segundo, na forma da teoria geral dos sistemas, incorpora a manutenção e a mudança, a autorregulação e o conflito.

Grande contribuição do sistemismo é a sua capacidade de constante retroação, *feedback* ou autorregulação, não somente em relação ao ambiente interno, mas especialmente ao seu ambiente exterior e às variáveis exógenas influenciadoras. O conceito de retroação ou *feedback* é uma grande contribuição da abordagem sistêmica para as ciências. O *feedback* tem como objetivo a avaliação, o controle e autorregulagem do sistema.

Outro conceito fundamental na abordagem sistêmica e herdado da teoria estruturalista é o significado de ambiente como um meio importante que cerca externamente o sistema. Assim, um programa educacional não pode ser compreendido sem considerar as limitações e demandas da ambiência que o envolve.

A aliança do estruturalismo com o sistemismo permite melhor compreensão do ciclo e fluxos dos fenômenos que permeiam a avaliação de programas de educação superior.

O enfoque sistêmico aqui empregado parte da concepção de um “[...] sistema onde o sujeito atua de forma concreta e sistematizando a sua ação transformadora” (LIMA, 2008, p.191). Já o estruturalismo, aqui é concebido como dinâmico, histórico e aberto ao ambiente externo.

3.1.3 Teoria estrutural-sistêmica de avaliação

A teoria estrutural-sistêmica de avaliação proposta por Lima (2008) se fundamenta em uma epistemologia interacionista entre “sujeito avaliador” e “objeto a ser avaliado”, em uma abordagem estrutural-sistêmica e no conceito de projeto como o conjunto de métodos associados em uma investigação científico-avaliativa.

O autor denomina de método múltiplo-avaliativo, pois parte de um:

[...] ato avaliativo consciente do eixo do “sujeito avaliador” em direção ao “objeto a ser avaliado”, porém multirreferenciado em mais de um método científico e sem abstrair as variáveis de contexto, ou seja, os ambientes endógeno e exógeno que influenciam o processo científico de investigação (LIMA, 2008, p.204).

Ao propor a construção de uma metateoria da avaliação educacional aplicada a cursos de graduação em Administração Geral ou de Empresas, em faculdades privadas isoladas, o autor refere que uma metateoria de avaliação pode ser representada pela seguinte fórmula: $A = f(C, P, PI, D, A\circ) \Leftrightarrow A = f(NC)$. Assim,

O ato de avaliar (A) é função do ato de conhecer ou conhecimento (C), do ato de planejar ou de planejamento (PI) – no caso da avaliação intencional, do ato de decidir ou de uma decisão (D) e de uma ação (A \circ), para chegar a um novo conhecimento (NC)” (LIMA, 2008, p.207).

Assim, baseando-se nas ideias de uma metateoria de avaliação e de uma epistemologia da avaliação, define a avaliação estrutural-sistêmica como

“[...] um ato científico-humano consciente do “sujeito-avaliador” de forma a ampliar o conhecimento do valor de um “objeto a ser avaliado”, a partir da reflexão e percepção, do ato de planejar, da decisão e da ação correspondente, de forma a transformar, sistematicamente, o ‘objeto avaliado’ em um novo “objeto a ser

avaliado” e que também promova, processualmente, uma transformação no ‘sujeito avaliador’ em um novo ‘sujeito avaliador’ ” (LIMA, 2008, p.212).

A avaliação estrutural-sistêmica é plural e múltipla, pois absorve os aspectos axiológicos e “etimológicos”, teleológicos e não teleológicos, científicos e contextuais, entretanto, possui limitações, pois toda avaliação é inacabada.

O referido autor nos fala de alguns “passos” metodológicos necessários ao processo de autoavaliação estrutural-sistêmica: conhecer o “objeto a ser avaliado” mediante sua história recorrente, visando mapear suas estruturas essenciais de avaliação; refletir e perceber o “objeto a ser avaliado” com a pergunta: o que é o curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família? Planejar o processo avaliativo considerando seus aspectos teleológicos e suas variáveis ou estruturas ambientais não teleológicas exógenas e endógenas ao “objeto a ser avaliado”; aplicar uma avaliação *ex-ante* ou avaliação de marco zero com as informações iniciais, possibilitando avaliações processuais de início, desenvolvimento e finalização, gerando um novo conhecimento sobre o “objeto a ser avaliado”, e consequentemente, um “novo sujeito avaliador”.

Segundo Lima (2008, p.395-396), a condução de um processo avaliativo estrutural-sistêmico está fundamentada em alguns pressupostos, sendo eles: avaliação como ato humano valorativo, que constitui uma das formas de conhecer, a fim de aprimorá-lo e transformá-lo. O ato humano de avaliar como uma função psicológica superior fundamental para o desenvolvimento da humanidade. A epistemologia contemporânea valoriza a interação sujeito e objeto na relação de conhecimento, devendo essa relação também ser valorizada na relação objeto a ser avaliado e sujeito avaliador.

As categorias epistemológicas propostas por Bachelard (apud LIMA, 2008), quais sejam, projeto, métodos múltiplos, obstáculos epistemológicos, rupturas epistemológicas e história recorrente, podem ser aplicadas na construção de um método contemporâneo avaliativo-científico.

A atitude avaliativa-científica precisa estar contextualizada por variáveis políticas, éticas e sociais que impactam no seu progresso e no seu resultado. Este contexto ambiental endógeno e exógeno constitui-se de variáveis teleológicas e não teleológicas que precisam ser consideradas na avaliação.

Os conceitos de estrutura e de sistema, aliados aos aspectos históricos do “objeto a ser avaliado” e integrados em um projeto de métodos múltiplos podem contribuir para uma avaliação efetivamente científica.

A avaliação é um campo científico, mas quando incide sobre um objeto delimitado de algum campo científico, como a avaliação educacional, ganha *status* de ciência. A avaliação possui uma Teoria Geral da Avaliação (TGA) baseada em proposta de método histórico-avaliativo e estrutural-sistêmico, que se fundamenta em pressupostos filosóficos, epistemológicos, científicos, históricos e ético-políticos. A avaliação é um processo científico-humano, inacabado. Suas estruturas não são o objeto, mas elementos importantes do seu todo.

No método avaliativo estrutural-sistêmico proposto por Lima (2008), o ato humano de avaliar, como função psicológica superior, está integrado a outras funções, como conhecer, pensar, planejar, decidir e agir.

O autor empreende um percurso de construção de um método de avaliação estrutural-sistêmico, destacando como ocorre cada uma dessas funções. Assim, o ato de conhecer está ligado à necessidade de se conhecer previamente o “objeto a ser avaliado”, a fim de ampliá-lo após a avaliação. Para isso, faz-se necessário descrever sua trajetória recorrente de desenvolvimento. Mas antes de conhecer o objeto, tornar-se necessário pensá-lo, assim como ao projeto de avaliação a ser realizado, refletindo sobre sua constituição e sobre o que é o objeto. A constituição deste pode ser material ou imaterial, sendo que quanto mais um objeto se aproximar da constituição material ou tangível, mais a avaliação é facilitada em termos quantitativos e qualitativos.

Identificado o grau de materialidade ou imaterialidade do objeto, é possível definir a viabilidade do projeto de avaliação, dando espaço para a função de planejamento definir a avaliação e a identificação das estruturas essenciais de avaliação.

Feito isso, passa-se para a identificação preliminar da macroabrangência e microabrangência do “objeto a ser avaliado”. O passo seguinte é analisar a história recorrente do objeto, a partir do método histórico de Boas (apud LIMA, 2008) e dos conceitos de recorrência, obstáculos e rupturas epistemológicas em Bachelard (apud LIMA, 2008), desde sua origem até os dias atuais e, se possível, sua projeção de desenvolvimento, numa ação de mapeamento de seus obstáculos epistemológicos do seu progresso e suas rupturas epistemológicas conquistadas. As rupturas são pontos de evolução e serão fundamentais no mapeamento das estruturas essenciais de avaliação do “objeto a ser avaliado”.

As estruturas essenciais de avaliação constituem os elementos principais que compõem um “objeto multidimensional a ser avaliado”. Compõem-se de subestruturas que podem chegar a vários níveis de avaliação, dependendo do grau de profundidade que se deseja

atingir; são dinâmicas e oferecem um constante *feedback* e autorregulação para o seu permanente desenvolvimento.

Alcançado o nível de avaliação desejado, passa-se para a formulação dos princípios norteadores da autoavaliação e elabora-se um contrato de avaliação com a participação e negociação de todos os *stakeholders*. Após a formulação dos princípios norteadores da autoavaliação, os mesmos devem ser submetidos a uma análise e melhoria junto a uma amostra, o que resulta numa nova proposta de princípios de autoavaliação. O contrato de avaliação deve selecionar e especificar os indicadores da mesma em abordagens quantitativas, qualitativas ou múltiplas. Este contrato define a decisão sobre a forma de agir da avaliação, seus objetivos e interesses científicos e políticos (LIMA, 2008, p.400).

Por fim, “[...] realizada a avaliação, via contrato e indicadores de avaliação, realiza-se uma meta-avaliação, a fim de avaliar o método, visando aprimorar o próprio objeto-avaliado, bem como o “sujeito avaliador” (LIMA, 2008, p. 400), em que ambos se transformam pós-processo avaliativo e geram um novo conhecimento sobre o objeto-processo.

3.1.4 A concepção de avaliação educacional

Ao definir a avaliação no campo epistemológico Lima (2008), coloca-a como uma relação entre o “sujeito avaliador” e o “objeto avaliado”, na busca de conhecer melhor este objeto para transformá-lo ou aperfeiçoá-lo. Ao mesmo tempo em que o objeto se transforma, também transforma o sujeito avaliador, sem negar o contexto que envolve sujeito e objeto.

Na concepção epistemológica de avaliação educacional, pode-se representar o “sujeito avaliador” como sendo qualquer agente do processo educacional: educador, educando, coordenador ou supervisor pedagógico, diretor ou líder formal de uma instituição de ensino, especialista em avaliação educacional, família do educando ou educador, comunidade do contorno da instituição, a sociedade, bem como outros agentes passíveis do papel de sujeito de avaliação.

O “objeto avaliado” pode ser quaisquer dos agentes citados anteriormente, ou grupos destes, e ainda podem ser as políticas educacionais, o projeto político-pedagógico, o projeto institucional, o ensino, a aprendizagem, o currículo, o programa educacional ou o curso, as suas disciplinas componentes, os objetivos do curso e ou das disciplinas, os recursos

educacionais, as estratégias metodológicas, inclusive o próprio modelo de avaliação por meio de uma meta-avaliação (LIMA, 2008, p.214-215).

O conceito de avaliação em educação percorre uma trajetória evolutiva que passa por várias abordagens conceituais. Segundo Guba e Lincoln (1989), este conceito, a partir do século XX, atravessou quatro gerações. A primeira geração, de 1920 a 1930, esteve relacionada à mensuração e aos princípios da “pantometria”, não se preocupando com a distinção entre avaliação e medida, estando voltada para a elaboração de instrumentos ou testes para verificação do rendimento escolar. A segunda geração, que durou de 1930 a 1940, surgiu da constatação que o foco na aprendizagem do aluno, da geração anterior, limitava uma visão mais abrangente da avaliação de um programa educacional e do seu currículo.

Entretanto, sua limitação descritiva e excessiva dependência da definição de objetivos e sua vinculação prioritária aos resultados finais, possibilitou o surgimento da terceira geração, a partir dos anos de 1940. Com grande ênfase ao julgamento de valor, nessas três gerações foram identificados “erros”, no sentido de Bachelard (*apud* LIMA, 2008), em suas estruturas conceituais:

Relação entre quem solicita a avaliação e o que a executa – conflitos de posições, valores e decisões; pluralismo de valores, dificultando o consenso; ênfase excessiva no paradigma científico e na importação de modelos de pesquisa oriundos das ciências exatas (PENNA FIRME,1994 *apud*LIMA, 2008, p.244).

A quarta geração surgiu em 1980, com o intuito de buscar, pela negociação, o consenso entre avaliadores de valores diferentes, respeitando os dissensos encontrados. Segundo Lima (2008), citando Guba e Lincoln (1989), esta geração se caracteriza pela interatividade “sujeito avaliador” e “objeto a ser avaliado”, em uma forma responsável de enfocar e um modo construtivista de fazer a avaliação.

Por volta de 1990, já havia indícios de uma nova geração de avaliação que está em processo de formulação. Segundo Lima (2008), a concepção contemporânea de avaliação como sendo o necessário conhecimento e a transformação do “objeto a ser avaliado” requer uma consequência efetiva ao ato de avaliar, aproximá-lo cada vez mais da ação, enfatizar o uso dos seus resultados e mapear todos os *stakeholders* da avaliação.

A quinta geração tem como foco da avaliação, a efetividade dos seus resultados e o poder intrínseco aos avaliadores e avaliados no ato humano de avaliar. São também identificados dois aspectos importantes, citados por Stufflebeam (2000) e Fetterman (2001) (*apud* LIMA, 2008): a meta-avaliação e o *empowerment*. A primeira refere-se à qualidade da própria avaliação, transformando-a constantemente para melhor. O segundo diz respeito à

expressão *empoderamento*, que significa o compartilhamento de poder no ato de avaliar entre “sujeito avaliador” e “objeto avaliado”.

Na prática avaliativa, dificilmente se encontrará a presença exclusiva de uma só geração, devido à multiplicidade de aspectos presentes na avaliação contemporânea. Por isso, Lima (2008), propõe um conceito que considere os vários aspectos agregados por geração para um conceito que atenda as questões complexas que a sociedade atual e as ciências da educação têm levantado.

Refere-se a um conceito contemporâneo de avaliação educacional como um

Processo que apresenta características de continuidade, temporalidade, totalidade, organicidade e orientação para fim, ou seja, se fundamenta em pressupostos como: dinamicidade, continuidade, integração, progressividade, abrangência, voltada para o aluno e não para conteúdos, cooperativa e versátil (SANTANNA, 1995 *apud* LIMA, 2008, p.248).

Apesar de esse conceito referir-se a uma avaliação educacional processual, contextual, dialógica e estrutural, Lima (2008) critica sua abordagem restrita às estruturas essenciais teleológicas e propõe que as estruturas essenciais não teleológicas de um “objeto educativo a ser avaliado” precisam ser consideradas em qualquer processo de avaliação.

Como o objetivo desta pesquisa é avaliar programa de residências multiprofissionais em saúde da família, faz-se necessário delimitar o conceito de avaliação educacional de programa. De acordo com Lima (2008), citando as autoras Goldberg e Souza (1979) programa educacional é:

[...] uma estrutura de decisões: a mais fundamental delas diz respeito a “objetivos educacionais”, porque quando falamos em planejamento, referimo-nos, por excelência, “a racionalização da conduta humana em vista de alvos, racionais ou não, porém valiosos para o ser ou sociedade humana” (GOLDBERG; SOUZA, 1979 *apud* LIMA, 2008, p.249).

Estas mesmas autoras apontam que, num processo de avaliação de um programa educacional, deve-se considerar a integração entre as suas dimensões de eficácia e de eficiência. A primeira “[...] refere-se ao valor ou viabilidade dos objetivos do programa, no âmbito de sua aceitação pela sociedade e a eficiência decide sobre o atingimento dos objetivos programados” (LIMA, 2008, p.249).

Foi nos Estados Unidos que a avaliação de programas educacionais teve duas (2) portas para sua valorização no século XX: as recomendações dos especialistas e o *Sputnik*. A primeira adveio quando, a partir de 1950, um grupo de críticos passou a exigir que fossem realizadas avaliações mais abrangentes. A segunda porta teve relação com a derrota americana na corrida espacial, quando a ex-União Soviética lançou o primeiro satélite em 1957, o que

levou o governo americano a instituir uma avaliação de currículos, pois atribuía essa derrota às deficiências da educação escolar americana.

Os Estados Unidos foram os grandes formuladores de modelos de avaliação de programas educacionais, pois partiram de uma necessidade prática gerada pela aprovação, em 1965, do decreto ou “*Elementary and Secondary Education Act*” pelo Congresso daquele país, que destinou grandes volumes de recursos financeiros para investimentos em avaliações de programas educacionais.

No Brasil, a avaliação de programas surgiu a partir de intercâmbio com organismos internacionais que trabalhavam com modelos americanos, por meio da “*United States Agency for International Development (USAID)*” e outras fontes.

Em busca de um modelo de avaliação de programas mais amplo e que desse conta das necessidades da realidade, defendia-se uma avaliação pautada em critérios gerais que demonstrasse fundamentos essenciais para avaliar. Tais critérios foram indicados por 12 (doze) organizações envolvidas com Avaliação Educacional, que após anos de trabalho e de escuta a vários especialistas, estipularam 4 (quatro) categorias constantes do “*Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*” (1981), quais sejam: utilidade, viabilidade, exatidão e ética (LIMA, 2008, p.252).

Por utilidade, comprehende-se que a avaliação deve ser útil a todos os *stakeholders* do processo. Quanto à viabilidade, é se preocupar com a real possibilidade de sua realização, empenhando-se para sua viabilidade política, técnica, científica, administrativa, acadêmica, social, entre outras. Já a exatidão diz respeito à condução correta e a utilização de instrumentos adequados. A ética é a preocupação de não ferir valores e com o devido respeito entre os envolvidos.

A avaliação é uma atividade de intencionalidade e representa múltiplos interesses numa estrutura composta por diferentes *stakeholders*. Essa multiplicidade de funções da avaliação traz em seu bojo contradições e exigências nem sempre fáceis de sintonizar. Segundo o autor, a avaliação de aprendizagem possui, entre outras funções, a de fornecer dados para rever o planejamento e para tomada de decisões educacionais, permitir a classificação e o escalonamento, além de possibilitar ajustes das políticas e práticas curriculares e inovações educacionais.

Diversos autores versam sobre as variadas funções da avaliação, com destaque para Bartolomeis (1977) *apud* Lima (2008) que apresenta três funções para a avaliação de aprendizagem:

Prognóstico que verifica se o educando possui ou não as qualidades e os conhecimentos necessários para o curso, estimando o seu desempenho futuro; medida que favorece o controle de aquisições, a avaliação do progresso do educando e análise do seu desempenho em certos momentos e em diversas situações; diagnóstico que verifica as causas que impedem que a aprendizagem real ocorra (BARTOLOMEIS, 1977 *apud* LIMA, 2008, p.254).

Já Demo (1999) *apud* Lima (2008) reduz a duas funções: diagnóstico, como a capacidade de se aproximar dos reais problemas e prognóstico, como a capacidade de saber enfrentar esses problemas.

Outra questão levantada pelo autor é sobre quem deve avaliar. Para isso, utiliza-se de Sacristán e Pérez Gomez (1998 *apud* LIMA, 2008, p.254), que caracterizam dois tipos de avaliação: a externa e a interna. A primeira refere-se à participação de pessoas não diretamente ligadas ao “objeto a ser avaliado”, e a segunda diz respeito à necessidade de avaliar o desenvolvimento educacional e institucional em que a relação “sujeito avaliador” e “objeto avaliado” estão coincidentes.

Quando da formulação de modelos de autoavaliação, alguns pressupostos precisam ser levados em consideração: permear todo o seu processo educacional e institucional, e não focar somente o seu produto final; avaliar os planejamentos administrativos e pedagógicos; os *stakeholders* devem participar desde o momento da construção de critérios, princípios, procedimentos até o ato de avaliar. Ela deve ser dialógica, centrada na interação entre educando e educadores.

Outro pressuposto fundamental é a concepção de educação, que norteia toda a concepção de avaliação de cursos. Aqui a educação, baseada na epistemologia construtivista de Bachelard (*apud* LIMA, 2008), refere-se a um constructo ou um processo complexo explicitado por vários caracteres:

É um fato histórico; é existencial; é social; é um fenômeno cultural (transmissão integrada da cultura em todos os seus aspectos); desenvolve-se sobre o fundamento do processo econômico da sociedade; é uma atividade teleológica (tem fins e objetivos), ontológica (tem uma definição, atua sobre indivíduos e possui realizadores) e mesológica (possui metodologias específicas para a sua realização); é uma modalidade de trabalho social; é um fato de ordem consciente; é um processo exponencial (multiplica-se por si mesma, com sua própria realização); é por essência concreta; e é por natureza contraditória (implica conservação do saber adquirido e, ao mesmo tempo, criação, crítica, negação e substituição do saber existente) (LIMA, 2008, p.256).

3.1.5 Autoavaliação estrutural-sistêmica

A autoavaliação, segundo o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), é um processo social e coletivo de reflexão, produção de conhecimentos sobre a instituição e os cursos, compreensão de conjunto, interpretação e trabalho de transformação. Deve ter um caráter educativo, de melhora e de autorregulação.

Sua realização deve ser permanente e envolver a comunidade acadêmica interna, contar com a colaboração da comunidade externa e ser regida por decisões e normas estabelecidas institucionalmente, com definição do objeto, procedimentos, objetivos e uso do processo avaliativo para compreensão e aprofundamento dos compromissos fundamentais da Instituição (SINAES, 2007, p. 108-109).

No modelo estrutural-sistêmico a autoavaliação é uma autorreferência, uma autocrítica que busca um autodesenvolvimento educacional e institucional, sem deixar de considerar as influências externas do contexto (LIMA, 2008, p.393). Para que ela ocorra, além da identificação dos indicadores de desenvolvimento educacional e institucional, é necessária uma negociação com os *stakeholders*, por intermédio de um acordo de autoavaliação de forma dialógica para posterior formulação de um contrato de autoavaliação.

3.1.6 Estruturas essenciais de avaliação

Como estratégia de mapeamento das estruturas essenciais do curso de graduação em Administração, Lima empreendeu uma pesquisa documental e bibliográfica que identificou as macroestruturas de avaliação, que ele considerou como 1º nível (aula→ disciplina → curso → faculdade → universidade), e para cada uma dessas macroestruturas, foram identificadas estruturas, que ele considerou como 2º nível. O 3º nível foi identificado a partir da pesquisa empírica realizada junto aos *stakeholders* dos cursos de Administração das faculdades privadas isoladas de Fortaleza.

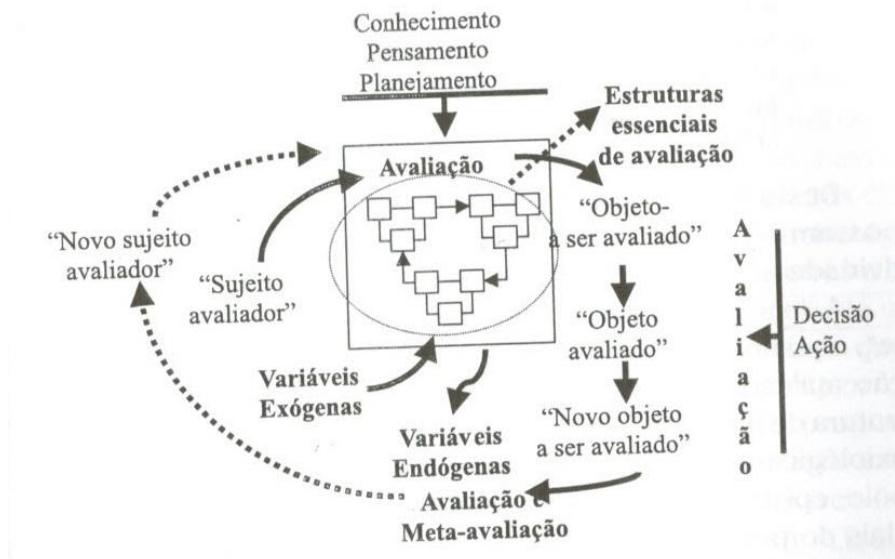
Segundo Lima (2008), o conceito de estruturas essenciais de avaliação comprehende o entendimento não de partes estáticas, mas de elementos dinâmicos principais que compõem a macroestrutura da educação superior e que se desenvolvem historicamente até atingir a macroestrutura essencial de Universidade, configurado atualmente como o ponto extremo de abrangência.

Estas estruturas essenciais de avaliação, em uma abordagem múltipla de estruturalismo-sistêmico, levam em consideração caracteres teleológicos e não-teleológicos existentes no curso a ser avaliado. Pode-se considerar como a conceituação de Lima (2008) acerca das estruturas essenciais:

As estruturas essenciais de avaliação constituem os elementos principais que compõem um “objeto multidimensional a ser avaliado”, dispostos de características sincrônica e diacrônica, e que representam a textura da realidade que envolve e absorve um “objeto a ser avaliado (LIMA, 2008, p.213).

Como pode ser visualizado na figura abaixo, a avaliação estrutural-sistêmica é um ato científico-humano consciente do sujeito avaliador que possibilita a ampliação do conhecimento sobre o objeto a ser avaliado, estabelecendo uma relação dialética entre o sujeito que avalia e o objeto avaliado, em que ambos sofrem transformações sistemáticas, ou seja, à medida que o objeto avaliado se transforma em novo objeto a ser avaliado, também promove a transformação do sujeito avaliador em um novo sujeito avaliador.

Figura 1: Avaliação Estrutural-Sistêmica



Fonte: Lima (2008)

Uma estrutura essencial é um conjunto de sistemas integrados por um processo de autorregulação, ou *feedback*, que não abstrai o caráter não teleológico com possibilidades de presença na própria estrutura ou nas variáveis exógenas ou endógenas do seu ambiente. As estruturas presentes em cada uma das macroestruturas devem considerar as variáveis

endógenas e exógenas de caráter político, social, psicológico, ético e ideológico que causam impacto na autoavaliação do curso (LIMA, 2008, p. 387)

Este autor também esclarece que as estruturas essenciais de avaliação, que ele denomina de 2º nível, estão diretamente vinculadas ao conceito de cada uma das suas macroestruturas de origem. No entanto, como elementos dinâmicos, as mesmas podem apresentar-se em configuração diferente em outras realidades. Ou seja, as macroestruturas apresentam várias estruturas componentes que variam de acordo com o contexto da ambientação do curso.

A macroestrutura *universidade* é considerada como o destino evolutivo maior entre as estruturas essenciais servindo de referencial para as demais. O potencial “vir-a-ser” resume as estruturas essenciais de avaliação da macroestrutura da referida instituição. No estudo realizado pelo autor, as estruturas essenciais propostas inicialmente para avaliação, dentro da macroestrutura universidade foram: filosofia da universidade, pesquisa, extensão, gestão, ensino e outras estruturas ou variáveis endógenas e exógenas a macroestrutura universidade.

Quanto à macroestrutura *faculdade*, as estruturas essenciais mapeadas foram o Projeto Pedagógico Institucional (PPI); a gestão e o seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI); a sua cultura e história institucional; traços de sua cultura institucional predominante; a estrutura ensino e aprendizagem e outras estruturas ou variáveis endógenas e exógenas à macroestrutura faculdade.

Na presente pesquisa, tem-se a macroestrutura essencial curso como “objeto a ser avaliado” e são adotadas como parâmetro as estruturas essenciais identificadas no modelo estrutural-sistêmico até o 2º nível da macroestrutura curso.

Quando da identificação das estruturas essenciais para os cursos superiores em administração, Lima (2008) mapeou as seguintes estruturas essenciais na macroestrutura curso: o projeto pedagógico; o ensino e a aprendizagem; a gestão do curso; o currículo; e outras estruturas ou variáveis endógenas e exógenas relativas a macroestrutura curso.

A macroestrutura *disciplina*, no sentido etimológico de método, constitui-se como elemento fundante para o êxito qualitativo de um curso superior de graduação. As estruturas essenciais mapeadas foram: ensino; aprendizagem; planejamento; qualidade educacional; currículo específico e outras estruturas ou variáveis endógenas e exógenas a macroestrutura disciplina.

A *aula*, como macroestrutura de avaliação é composta por: ensino; aprendizagem; planejamento; qualidade; liderança docente; e as outras estruturas ou variáveis endógenas e exógenas à macroestrutura aula.

Por fim, o autor (2008), propõe que seja utilizado o que ele considera como fundamental a todas as demais macroestruturas e estruturas: a meta-avaliação, que “[...] busca uma avaliação do processo “avaliatório” aplicada ao curso a partir das estruturas: utilidade, viabilidade, exatidão e ética, constantes do ‘*Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*’” (PENNA FIRME, 1994 *apud* LIMA, 2008, p.392).

3.1.7 Macroestrutura curso

Para os interesses desta pesquisa, torna-se necessária uma delimitação da macroestrutura *curso*, de acordo com o modelo estrutural-sistêmico proposto por Lima (2008), visto que, esta é uma das estruturas essenciais de avaliação, por equilibrar aspectos institucionais e educacionais, o que a torna a estrutura principal dessa pesquisa.

O conceito etimológico do termo *curso* vem do latim *cursu, us*, e significa ato de correr, de carreira. Na educação, tem o significado de estudo. Apresenta a mesma raiz etimológica de currículo, ou seja, *currere* em latim, significando período, decurso ou sequência de fases repetidas.

Segundo Souza (2001) *apud* Lima (2008), a concepção mais contemporânea de curso é:

[...] fazer um curso, do ponto de vista da pedagogia, é deslocar-se dentro de um currículo, de matéria a matéria, de conteúdo científico a conteúdo científico, mediante métodos de aprendizagem e avaliações de aproveitamento condizentes com cada fase a ser vencida, até o atingimento dos objetivos, que justificam a organização articulada dos saberes correspondentes a determinada área de conhecimento (SOUZA, 2001 *apud* LIMA, 2008, p.327).

Diferentemente dos cursos de graduação, objeto pesquisado por Lima (2008), as residências multiprofissionais em saúde têm recebido a denominação de programas, talvez porque ainda apresentem algumas características próprias de programas no âmbito das políticas públicas. Uma delas é a temporalidade dessa modalidade e a oferta irregular. No entanto, a macroestrutura *curso* foi identificada como a que apresenta maior proximidade com as características dos programas de residências, por isso, para efeito desta pesquisa, esta macroestrutura é tomada como referencial de mapeamento das estruturas essenciais de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

3.2 O referencial metodológico

Ao propor a teoria estrutural-sistêmica como referencial teórico-metodológico à construção de um modelo de autoavaliação para cursos de graduação presencial de Administração em faculdades privadas e isoladas, Lima (2008) iniciou pelo mapeamento das macroestruturas essenciais de avaliação, utilizando o método histórico-avaliativo que pauta-se num roteiro de história recorrente de Bachelard (LIMA, 2008), da educação superior, para depois identificar os níveis das estruturas e subestruturas, até chegar aos indicadores quantitativos e qualitativos.

A presente pesquisa procurou seguir as orientações metodológicas do método estrutural-sistêmico para o processo de identificação das estruturas essenciais de avaliação para programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Descreve-se a seguir o percurso metodológico adotado na pesquisa, enfatizando que, apesar de descrevê-lo como etapas, não necessariamente isto foi vivenciado de forma estanque; muitas vezes ocorria simultaneamente. A opção de esmiuçar advém do desejo de propiciar maior clareza às estratégias metodológicas adotadas.

3.2.1 Abordagem e tipologia do estudo

Em razão da escolha da temática, optou-se por uma pesquisa com abordagem qualitativa. Ressalte-se que esta se caracteriza como do tipo estudo de caso múltiplo incorporado, documental e bibliográfico.

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2008, p.57) é o que se aplica ao “[...] estudo da história, das relações, das representações, das crenças, percepções e opiniões”. Está mais adequado para investigações de grupos sociais específicos, de histórias sociais a partir de seus atores, como também para análise de documentos e discursos.

A pesquisa qualitativa permite o desvelar de processos sociais, a sistematização de novos conceitos e categorias durante o estudo, e também pode auxiliar na elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2008).

A mesma autora discute a necessidade da busca da objetivação por parte da pesquisa qualitativa, pois isto minimizaria os efeitos do discurso ingênuo da neutralidade e exigiria do pesquisador pensar formas de reduzir a influência dos juízos de valor. Ao mesmo tempo, postula que os métodos e técnicas de preparação do objeto de pesquisa, a coleta e o tratamento

dos dados, quando trabalhados na perspectiva da objetivação, possibilitam ao pesquisador possuir uma visão crítica do seu trabalho.

A pesquisa documental pode ser definida, segundo Gil (2005, p.45), como aquela que se utiliza de materiais que ainda não foram analisados, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. No entanto, o autor enfatiza que o pesquisador precisa ficar atento às diversas implicações relativas aos documentos antes de formular uma conclusão definitiva. Para isso, alguns cuidados são imprescindíveis, como utilizar o maior número de documentos que possam aproximar o máximo possível da representatividade acerca do objeto estudado.

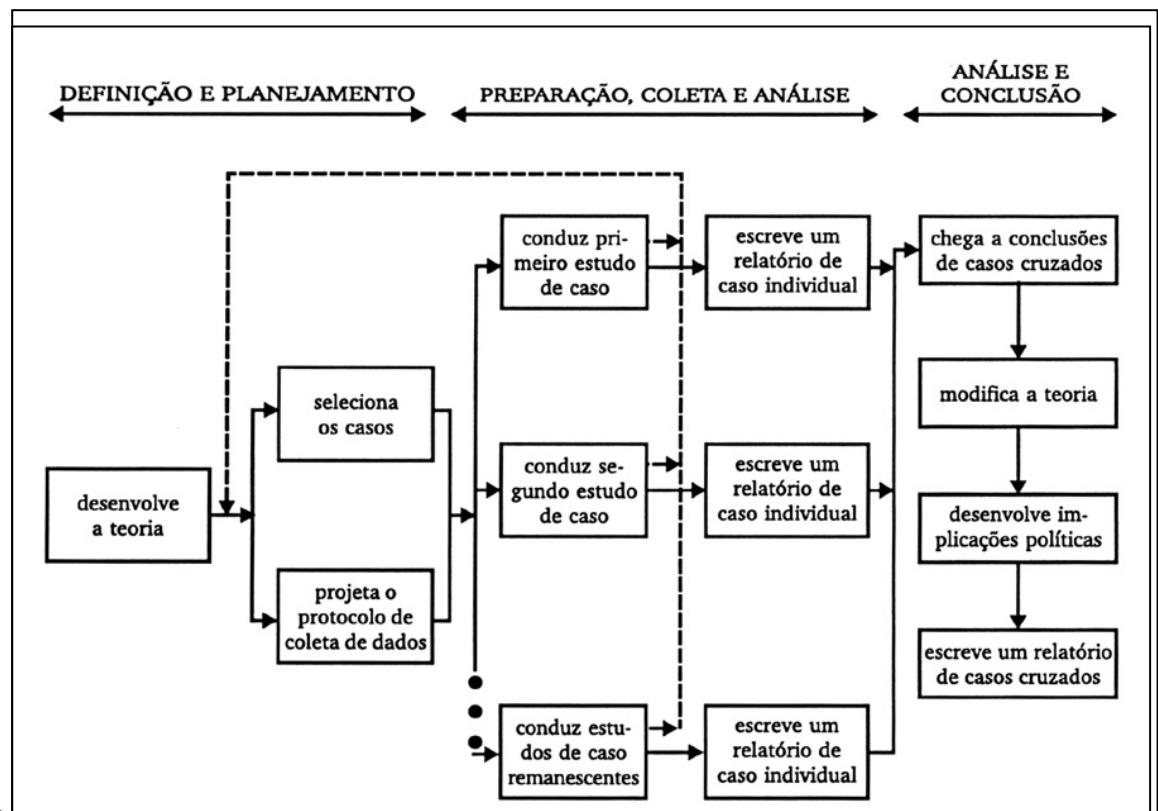
A pesquisa bibliográfica é realizada a partir de material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos, e sua principal vantagem é permitir ao pesquisador atualizar-se acerca do *status teórico* do seu objeto, além de servir de “guia” na delimitação e construção de seu objeto de pesquisa (GIL, 2005).

O estudo de caso é definido por Yin (2001) como sendo de caso único e de casos múltiplos. Nesta pesquisa, adotou-se o estudo de casos múltiplos, pois, segundo o autor, quando o mesmo estudo contém mais de um caso único, é recomendado utilizar o estudo de casos múltiplos.

Yin (2001) afirma que o estudo de caso múltiplo, para ser bem-sucedido, precisa utilizar da lógica da replicação e não da amostragem, e propõem que nos estudos de casos múltiplos, os mesmos devam seguir um experimento cruzado. Cada caso deve ser cuidadosamente selecionado de forma que se prevejam resultados semelhantes (replicação literal) ou se produza resultados contrastantes apenas por razões previsíveis (replicação teórica).

Na figura a seguir, Yin (2001) descreve o fluxograma para condução de um estudo de caso múltiplo:

Figura 2: Fluxograma de Estudo de Caso Múltiplo



Fonte: Yin (2001)

A lógica da replicação pressupõe uma rica estrutura teórica; Yin (2001, p. 69) ressalta “[...] a estrutura teórica torna-se mais tarde o instrumento para generalizar casos novos”, possibilitando a construção de uma teoria a partir dos resultados comuns analisados. O autor recorre a uma teoria para explicar e prever fenômenos assemelhados, e não variáveis, conforme estudos amostrais.

Ainda na busca pela definição do estudo de casos múltiplos, Yin (2001) subdivide-o em holísticos e incorporados. Os holísticos aplicam-se às situações em que não é possível identificar uma “subunidade lógica”. Martins (2008), ressalta sobre os incorporados afirmando que é aquele no qual

A situação é avaliada a partir de diferentes unidades ou níveis de análise, que podem ser setores diferentes de uma determinada instituição (setor de vendas e setor de produção, por exemplo), podem ser atividades (processo de planejamento e processo de implantação, por exemplo). Cada um dos níveis de análise ou unidades pode ser analisado com critérios distintos (MARTINS, 2008, p.15).

Para efeito dessa pesquisa, optou-se pelo estudo de caso múltiplo incorporado, tendo como unidades de análise os dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família existentes no Ceará: Sobral e Fortaleza.

3.2.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada junto aos dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família existentes no estado do Ceará, tendo como unidades de análise Sobral e Fortaleza.

O programa de residência de Sobral está em funcionamento desde 1999, e já está finalizando a 8^a turma e conta com 209 egressos. Foi o primeiro no Ceará e, apesar de não ser um dos primeiros no Brasil, vem construindo uma trajetória de reconhecimento nacional, tanto junto ao órgão financiador, como a outros programas e Instituições de Ensino Superior. Também tem se firmado como campo de intercâmbio para residentes, tutores e preceptores, sendo, inclusive, um dos programas onde foi testado o instrumento piloto da avaliação da CNRMS.

O programa de residência de Fortaleza possui 66 egressos e vai iniciar a sua 3^a turma. Apesar de relativamente novo, o programa vem se firmando dentro da política de educação permanente da cidade, e por apresentar diversidade do modelo adotado em Sobral, foi escolhido para que se pudesse trabalhar com realidades e propostas pedagógicas distintas como medida de tentar garantir um levantamento das estruturas de avaliação que pudessem se aproximar o máximo possível da realidade dos programas.

Ambos os programas são financiados pelo Ministério da Saúde, mas são operacionalizados pelas respectivas secretarias municipais de saúde dos municípios, através de um convênio firmado entre Ministério da Saúde e as prefeituras de Sobral e Fortaleza.

3.2.3 Informantes do estudo

Na presente pesquisa, pela especificidade da temática avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, optou-se por um painel de especialistas que contemplasse os dois programas pesquisados. Por isso, foi realizado em dois momentos, um em Sobral e outro em Fortaleza, sendo considerados especialistas: tutores, preceptores, residentes e as coordenações dos programas.

Segundo Struchiner, Ricciardi e Vetromille (1998), o painel de especialistas para julgar a relevância de materiais informatizados deve ser formado de três a seis membros. Também orientam que sejam realizados tantos painéis quanto forem necessários para a elucidação das questões, e apontam o estabelecimento de critérios na escolha do perfil dos especialistas.

Em Sobral, participaram seis pessoas, sendo dois residentes, dois preceptores de categoria, um tutor e o coordenador do programa. Como critério de escolha, para o corpo docente houve a exigência que o mesmo fosse egresso do programa de residência. Quanto à coordenação e residentes, o critério foi a disponibilidade em participar da validação.

Em Fortaleza, foi realizado o contato prévio com a coordenação e foi sugerida a quantidade por segmento: três residentes, três tutores e três preceptores de categoria. Na ocasião, compareceram três residentes, três preceptores de categoria, um tutor e a coordenação, totalizando oito participantes. Pelo pouco tempo de existência do programa, aqui não houve possibilidade da exigência do corpo docente ser egresso de residência; entretanto, havia dois docentes que eram egressos do programa de Sobral e um egresso de Fortaleza.

Nos quadros que tratam das contribuições dos painéis de especialistas na validação das estruturas, os informantes foram identificados apenas pelo grupo do qual fizeram parte (docentes ou residentes), visto que a validação ocorreu em grupo e não havia o desejo de identificar as contribuições individuais.

No item que retrata as percepções dos especialistas acerca das estruturas, a identificação foi individualizada e cada informante recebeu uma letra do alfabeto, sendo que os especialistas foram identificados da seguinte forma: Docentes de Sobral (A, B, C, D); Docentes de Fortaleza: (E, F, G, H, I,) e Residentes de Sobral (1,2); Residentes Fortaleza (3,4,5,).

3.2.4 Procedimentos para a coleta das informações

A coleta dos dados constitui-se de sete passos, iniciando com análise do arcabouço jurídico das residências multiprofissionais em saúde, produções científicas disponíveis, leitura das diretrizes pedagógicas para residências emitidas pela CNRMS, apreciação dos projetos pedagógicos dos programas de Sobral e Fortaleza, finalizando com o painel de especialistas. Todos esses passos fizeram-se necessários para a identificação das estruturas essenciais de avaliação e seus respectivos indicadores.

3.2.4.1 Procedimentos para identificação e adaptação da matriz curso a programas de RMSF

1º passo: Leitura da legislação relacionada à educação na saúde e residências multiprofissionais em saúde.

Para possibilitar um conhecimento aprofundado acerca da gênese do objeto em estudo, foi empreendida uma leitura de toda a legislação, desde a Constituição Federal (BRASIL, 2010), até as últimas Portarias do Ministério da Saúde sobre educação na saúde e, mais especificamente, sobre residências multiprofissionais, com objetivo de identificar a partir de quando e de que forma estas vêm aparecendo na legislação da saúde, e que pistas podiam ser apontadas para o objetivo do estudo.

2º passo: Levantamento nas bases de dados Scielo e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) de artigos sobre Residência Multiprofissional em Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Como já demonstrado, ainda é escassa a publicação sobre Residências Multiprofissionais em Saúde da Família de uma forma geral, mas foi possível o levantamento de artigos, dissertações e teses no Portal de Teses da CAPES/MEC.

3º passo: Leitura e sistematização dos conceitos centrais apontados na leitura sobre o objeto.

A leitura e análise desse material ajudou na elaboração do estado da questão, que apontou 3(três) conceitos centrais para a discussão de residências multiprofissionais: educação permanente em saúde, integralidade e trabalho em equipe e ajudou na compreensão acerca de sua concepção como formação para o SUS em suas dimensões ética, política e ideológica. Essa discussão apontou a necessidade de agregar na discussão teórica o conceito de campo e núcleo, de Campos (2000), e o conceito de trabalho vivo em ato, de Merhy (2002), como complementaridade a compreensão da concepção de formação em serviço.

4º passo: Leitura da minuta das diretrizes pedagógicas da CNRMS.

Por tratar-se da única orientação, mesmo extraoficial, existente sobre diretrizes pedagógicas para programas de Residência Multiprofissional em Saúde, e por ser o referencial que será utilizado pela CNRMS para o processo de avaliação e credenciamento dos programas, ele possui uma importância fundamental para o processo de identificação de estruturas de avaliação desses cursos.

5º passo: Análise dos projetos político pedagógicos de Sobral e Fortaleza.

A análise dos projetos pedagógicos foi realizada mediante um roteiro pré-estabelecido que buscou identificar concepções de saúde, de formação em serviço, de avaliação, além de levantar características do corpo docente, perfil de egresso, estratégias de ensino-aprendizagem, dinâmica de organização e funcionamento do programa, gestão do programa e relacionar as concepções encontradas com o que a legislação preconizava, procurando agrupar as semelhanças e preservar as especificidades de cada programa, como forma de permitir que as estruturas mapeadas pudessem ser empregadas em programas com diferentes realidades.

6º passo: Adaptação da matriz estrutural curso

A partir do levantamento, leitura e análise dos projetos pedagógicos, voltou-se à matriz elaborada por Lima (2008), priorizando a estrutura de 1º nível, curso, e as estruturas de 2º nível em que foram identificadas as que melhor representavam a realidade das residências multiprofissionais em saúde da família, optando por manter o projeto político-pedagógico, gestão, pesquisa, contexto e currículo do programa, e excluir extensão, ensino-aprendizagem e cultura e história institucional.

As exclusões são justificadas pelo fato da estrutura extensão não ser adequada para programas de residência, visto que a formação já ocorre no serviço e na comunidade; a estrutura ensino-aprendizagem mapeada por Lima (2008) não se mostrou adequada, pois se referia aos aspectos mais quantitativos, difíceis de serem avaliados na modalidade de residência, tendo os aspectos mais relevantes sido contemplados na estrutura projeto político-pedagógico e, por fim, a estrutura cultura e história institucional que pareceu mais adequada a cursos de graduação.

O 3º nível e os indicadores da estrutura projeto político-pedagógico foram todos adaptados de acordo com a especificidade do objeto Residência Multiprofissional em Saúde da Família e serão apresentados no item resultados; já nas estruturas pesquisa, gestão, currículo e contexto, as mudanças mais significativas se deram na adaptação dos indicadores e nas suas descrições.

Ressalta-se que essas opções não correspondem a uma verdade absoluta; são frutos de pesquisa bibliográfica e documental, mas também sofreram influências das experiências acumuladas da pesquisadora, e possíveis subjetividades, por isso, os painéis de especialistas tiveram um papel fundamental para tentar corrigir esse viés.

3.2.4.2 Procedimentos e instrumentos para a validação

O momento de validação das estruturas de avaliação adaptadas foi denominado de oficina de validação, e foi utilizada a técnica painel de especialista. A literatura sobre painel de especialista foi baseada em Struchiner, Ricciardi e Vetromille (1998), e Kristina, Major e Vleuten (2004), em que a técnica é definida como um método que profissionais experientes em diferentes aspectos relevantes ao assunto avaliam a coerência, a pertinência e a validade da proposta apresentada.

O painel de especialista é considerado de baixo custo e eficiente, já que um pequeno número de especialistas pode identificar problemas significantes em diferentes aspectos. Outro aspecto citado por Struchiner, Ricciardi e Vetromille (1998) é sobre número ideal de participantes, sobre a quantidade de painéis e as características fundamentais do perfil dos especialistas, que precisam deter conhecimentos e ter vivência sobre o objeto em estudo.

As autoras Kristina, Major e Vleuten (2004), ao utilizarem o painel de especialistas para validarem os objetivos gerais do Programa Educação Baseados na Comunidade (CBE) para um país em desenvolvimento, utilizaram uma pergunta semiestruturada como mote das discussões para os especialistas compartilharem seus pontos de vistas, mediados por um moderador para estabelecer a mais ampla gama de significações e interpretações para o tema, sendo gravados, transcritos na íntegra e utilizados para modificar e adicionar itens ao projeto.

No caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o perfil dos especialistas foi definido como descrito anteriormente. A escolha do corpo docente, residentes e coordenação se deu por acreditar que os mesmos são os que apresentam melhores condições de avaliar a pertinência e a coerência das matrizes apresentadas e poderiam contribuir para o aprimoramento das estruturas identificadas e estariam no papel de *stakeholders* como preconizado por Lima (2008).

Para a realização do painel de especialista para validação das estruturas de avaliação das residências adaptadas do modelo estrutural-sistêmico, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE A) que consistia em: apresentação do objeto, dos objetivos da pesquisa e explicações sobre o método adotado; apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido; formação dos grupos por segmentos, entrega da matriz adaptada e dos instrumentos para validação (APÊNDICE B); e plenária final. Nesta última etapa, utilizou-se uma pergunta geradora (APÊNDICE C) para motivar os especialistas a falarem sobre suas impressões, críticas e sugestões sobre a matriz estrutural, sendo gravado para subsidiar as análises das estruturas validadas.

O painel de especialista de Sobral ocorreu 25 janeiro de 2012 e o de Fortaleza no dia 31 de janeiro de 2012. A duração do painel de especialista variou entre 2 horas (Fortaleza) e 2h30min (Sobral). A apreciação em grupo foi pensada pela possibilidade de propiciar discussões, o que foi confirmado nas duas validações. A pesquisadora fez-se presente nos dois painéis para dirimir eventuais dúvidas e conduzir o processo.

A validação de Sobral ocorreu em uma sala da Escola de Formação em Saúde da Família e transcorreu de forma tranquila. Foram convidados três tutores, três preceptores e três residentes, além da coordenação do programa, tendo comparecido um tutor, dois preceptores, dois residentes e a coordenação. Em Fortaleza, foi realizada em uma Escola Técnica, conveniada ao Sistema Saúde-Escola. Houve boa receptividade dos docentes, coordenação e residentes em participar da validação. A representação quantitativa solicitada dos informantes-chave foi similar à de Sobral; fizeram-se presentes dois tutores, três residentes, dois preceptores e a coordenação.

3.2.5 Procedimentos para análise e interpretação das informações

Para proceder com a análise das falas dos especialistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p.316).

A análise temática é realizada em três etapas. A primeira é denominada de pré-análise, na qual o pesquisador escolhe os documentos a serem analisados e retoma às hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa (MINAYO, 2008, p.316). O momento da pré-análise consiste no contato direto do pesquisador com os materiais de campo, na elaboração do *corpus* da pesquisa, com a preocupação de elencar critérios de validade qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Define-se também a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

Neste estudo, a pré-análise consistiu na escuta exaustiva das gravações e na transcrição das gravações digitais na íntegra, que foi realizada pela própria pesquisadora como forma de se apropriar do material. A partir daí, procedeu-se uma primeira leitura do material

elaborado, organizando os relatos, revisando os objetivos e questões teórico/metodológicas discutidas no estudo.

A segunda etapa é descrita por Minayo (2008) como a exploração do material, que consiste numa operação classificatória que objetiva alcançar o núcleo de compreensão do texto através da categorização, ou seja, redução do texto às palavras chaves ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado.

No segundo momento, foram mapeados os discursos das participantes segundo os temas emergentes (sempre guiados pelos objetivos propostos pelo estudo). Esse agrupamento nos permitiu a apreensão dos significados, a associação de ideias e a captação dos pensamentos expressos pelos participantes dos painéis de especialistas, o que possibilitou a identificação de quatro categorias de análise: a apreciação da matriz provocou a reflexão ou avaliação sobre o próprio programa; contribuições das estruturas de avaliação para o aperfeiçoamento dos programas; adequação das estruturas validadas a outros programas; as limitações da matriz validada.

A última etapa, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos, que segundo Minayo (2008), é o momento que o pesquisador, à luz do arcabouço teórico, propõe inferências e realiza interpretações acerca do objeto estudado. Desta maneira, procedeu-se a análise das categorias tomando como base os achados da pesquisa documental, bibliográfica e o marco teórico.

3.2.6 Aspectos legais e éticos da pesquisa

Os procedimentos éticos foram respeitados segundo os princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), os quais se referem à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O projeto deste estudo foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral e, antes de dar início à obtenção das informações, foi submetido à O projeto deste estudo foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), obtendo CAAE: 0010.0.039.000-09 e parecer favorável, sob protocolo nº 770/2010 (ANEXO A).

O princípio da autonomia foi respeitado à medida que foram garantidos o sigilo das respostas e a liberdade de participarem ou não da pesquisa, e a autorização para se afastarem

da investigação no momento em que desejarem, sem que isto lhes trouxesse prejuízo de qualquer natureza.

Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D), em duas vias, as quais os participantes assinaram, tendo ficado uma com o sujeito do estudo e outra arquivada. Nesse momento, foi apresentado o objetivo do trabalho e ressaltada a importância que representaria a colaboração dos integrantes para o aperfeiçoamento da proposta e da sua contribuição para a formação nessa modalidade.

No que diz respeito a não maleficência, a investigação não trouxe prejuízo aos informantes, pois não apresentou riscos ou desconfortos nem foram utilizados procedimentos invasivos. Ressalta-se que, na oportunidade de divulgação ou publicação do trabalho, a identidade dos participantes não será revelada, preservando-se o anonimato.

Os benefícios do estudo podem ser avaliados pela sua relevância, no sentido de contribuir para o conhecimento científico na área da saúde da família e, principalmente, pelo aprimoramento na busca de elaboração de um modelo de autoavaliação para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. No que concerne ao princípio da justiça, todos os sujeitos da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos, estando igualmente beneficiados pelos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação, adaptação e validação das estruturas essenciais de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família serão apresentadas a seguir considerando as estruturas do 2º nível da macroestrutura curso, com suas respectivas estruturas do 3º nível e seus indicadores.

Inicialmente, apresenta-se o resultado da pesquisa documental e bibliográfica, que resultou no resgate histórico do surgimento das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, fundamentado no arcabouço jurídico-legal do SUS, da Política de Educação Permanente em Saúde, até chegar às diretrizes pedagógicas propostas pela CNRMS. Buscando coerência com o método estrutural-sistêmico de Lima (2008), descreve-se a trajetória histórica dos dois programas, objetos dessa pesquisa, como estratégia de identificação de estruturas essenciais de avaliação de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

Em seguida, são apresentadas as estruturas identificadas e/ou adaptadas, para, posteriormente, apresentar as estruturas já validadas com as alterações e considerações feitas pelos especialistas. Para efeito de esclarecimento sobre a contribuição do painel de especialista, utilizou-se o quadro de sugestões apresentadas e condutas adotadas no estudo, a matriz estrutural validada e o roteiro de validação preenchido pelos especialistas como estratégia de apreciação geral da matriz estrutural adaptada.

4.1 Como surge a formação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Brasil?

Discutir a modalidade de formação Residência Multiprofissional em Saúde com foco na saúde da família exige um esforço histórico de levantar como se deu o processo de constituição do próprio SUS, que já trazia em sua gênese o componente da formação, e desvelar como a formação na saúde vem se constituindo, em especial as residências multiprofissionais em saúde.

Este capítulo propõe-se, como ensina Lima (2008, p.258), a descrever historicamente o objeto - aqui, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Brasil - até chegar ao programa de Fortaleza e Sobral, de sua gênese até os dias atuais, como estratégia de mapeamento de suas estruturas essenciais de avaliação.

No processo de mapeamento das estruturas essenciais de avaliação, segundo Lima (2008), é importante analisar a história recorrente do objeto a partir dos conceitos de

recorrência, obstáculos e rupturas epistemológicas em Bachelard (apud LIMA, 2008), desde sua origem até os dias atuais, e se possível sua projeção de desenvolvimento. Assim, os obstáculos, e principalmente, as rupturas epistemológicas do objeto que representam os pontos de evolução são fundamentais para o processo de mapeamento das estruturas essenciais de avaliação do objeto a ser avaliado.

Dessa forma, em um primeiro momento, a análise se dá a partir do arcabouço jurídico-legal da educação na saúde no SUS. Para isso, foram utilizadas Leis, Portarias e Relatório de Conferências de Saúde. Como critério de escolha, o arcabouço jurídico legal teria que versar sobre a educação em saúde e, mais especificamente, sobre programas de residências multiprofissionais em saúde. Discute-se de forma breve, mas necessária, as diretrizes pedagógicas propostas, ainda de forma preliminar, pela CNRMS.

O segundo momento, de resgate histórico das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, utilizando para isso a produção do Ministério da Saúde, relatórios dos Seminários Nacionais de Residências Multiprofissionais em Saúde, teses, dissertações e artigos publicados sobre a temática. E, por fim, descreve-se o processo de constituição dos dois programas de residências pesquisados, Sobral e Fortaleza.

4.1.1 A formação dos trabalhadores da saúde à luz de seu arcabouço jurídico

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil está diretamente atrelado ao Movimento da Reforma Sanitária, que surge em plena ditadura militar, por volta dos anos de 1970, e se configura como um movimento político-ideológico que se contrapunha ao modelo de saúde vigente.

O expoente máximo e disparador do SUS foi a 8^a Conferência Nacional de Saúde (1986) que, contando com a presença de cerca de 1.000 delegados, trouxe propostas para a efetiva Reforma Sanitária Brasileira com a proposição de um Sistema de Saúde público, descentralizado, universal e que ampliasse suas ações para além do aspecto curativo, superando o conceito de saúde para além da ausência de doenças e afirmando a saúde como direito de todos.

No Relatório da referida Conferência já consta um item relacionado aos recursos humanos da saúde, onde, entre outras coisas, propõem-se a “[...] capacitação e reciclagem permanente”, a “[...] composição multiprofissional das equipes” de acordo com as necessidades regionais e com os padrões mínimos de cobertura assistencial, “[...] formação

dos profissionais de saúde integrados ao sistema de saúde, regionalizados e hierarquizados” e “[...] inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas”⁴(CNS, 1986).

A Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à saúde, irá refletir as discussões da 8^a Conferência Nacional de Saúde, materializando em seu texto muitas das reivindicações daquele fórum. No que concerne à formação dos trabalhadores na saúde, nosso objeto de estudo, o texto Constitucional define, em seu artigo 200, o SUS como ordenador da formação de recursos humanos na área da saúde, sinalizando a necessidade da articulação entre o mundo da formação e o mundo do trabalho como uma das estratégias para a mudança de modelo.

Nessa mesma linha, em 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080), que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), também normatiza a formação para os trabalhadores do SUS, em seu Título IV, Dos Recursos Humanos. Em seu Artigo 27º, fala em sistema de formação em recursos humanos para o SUS em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e em seu artigo 30º fala em especializações na forma de treinamento em serviço (Residências) regulamentadas por comissão nacional e criadas em consonância com o que preceitua o artigo 12º sobre as comissões intersetoriais (BRASIL, 1990).

É possível perceber que a necessidade de formação já é anterior ao próprio SUS, pois se comprehende que a mudança de paradigma necessita de normatizações, regulamentações, pactos, mas também de profissionais preparados para lidar com a nova concepção de saúde, o que remete a repensar saberes e práticas. Desafio que ainda permanece e tem sido enfrentado com a criação de várias frentes, entre elas, a Residência Multiprofissional em Saúde.

Dando continuidade à(re)construção da linha do tempo no que diz respeito ao arcabouço jurídico legal da formação em saúde no SUS, não se pode deixar de citar a Resolução Nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde, que institui as 14 categorias profissionais da área da saúde, fato que reconhece a atuação na saúde como campo interdisciplinar e não privativo de uma única formação.

Em 2001, o Conselho Nacional da Educação publicou, através de resolução, as diretrizes curriculares para os cursos de graduação na área da saúde, documento que foi originado pelos órgãos formadores, associações de ensino, Federação Nacional dos

⁴ Grifos da pesquisadora

Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CAMPOS, 2006).

Outro importante marco quando se fala em Gestão do Trabalho no SUS é a NOB/RH-SUS, que trata da gestão do trabalho e da Política de Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS. Sua primeira versão data de 1998, com sua 4^a e última versão em 2002. Quando da publicação, fruto de amplo e exaustivo debate nacional, a NOB/RH-SUS traz implicações no campo da gestão do trabalho e no campo da formação. Um de seus rebatimentos foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, e do Departamento de Gestão da Educação (DEGES), que iria conduzir a Política de Educação Permanente no SUS.

A SGTES, em seu primeiro ano, apresenta ao Conselho Nacional de Saúde, a proposta da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde, que a aprova através da Resolução Nº 335 de 27 de novembro de 2003, posteriormente transformada na Portaria Ministerial Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004), também define os Polos de Educação Permanente como instâncias de condução locorregional da referida Política.

A Portaria Ministerial Nº 198/2004/GM/MS reafirma o compromisso do Ministério da Saúde com a formação para o SUS e, através dos Polos de Educação Permanente, descentraliza as decisões acerca das necessidades de formação. Pode-se afirmar que foi o desenho mais avançado, no sentido democrático, de gestão da Política de Educação Permanente em Saúde, pois trabalhava com o chamado “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), tendo gestão, controle social, atenção e ensino em sua composição.

Em agosto de 2007 foi publicada a Portaria Nº 1.996, que criou o Colegiado de Gestão Regional e Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), que substitui os Polos de Educação Permanente, numa outra configuração, com predomínio de representação da Gestão e das Instituições formadoras.

O ano de 2005 foi decisivo para o marco regulatório da formação em Residência, com a aprovação da Lei Nº 11.129 de 30 de junho de 2005 que institui a Residência em Área Profissional da Saúde definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*

voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Essa Lei regulamenta um embate que ocorria entre a categoria médica, que defendia a residência como formação privativa, recomendando, através de seus Conselhos, a não participação da classe médica em Residência com formato multiprofissional, e os defensores desta modalidade de formação, entre eles, o próprio Ministério da Saúde.

A partir daí, houve um incremento nas Residências de Medicina de Família e Comunidade com aumento considerável de vagas e programas, ficando as Residências Multiprofissionais para as categorias não médicas.

Essa mesma Lei, em seu artigo 14º, criou a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) no âmbito do Ministério da Educação, e em seu artigo 15º criava o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinados aos estudantes e docentes da educação superior no nível da graduação, aperfeiçoamento, especialização e residências. Tomando como base esta Lei, foram editadas várias portarias ministeriais e interministeriais (Saúde e Educação), entre elas, a Portaria Nº 1.111 de 05 de julho de 2005, que normatizava a concessão de bolsas para a educação pelo trabalho.

A Portaria Interministerial Nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Esta portaria regulamenta o processo de seleção de projetos para efeito de financiamento em ato conjunto da SESU e da SGTES e sinaliza com a perspectiva de credenciamento e certificação dos programas através do MEC, desde que se enquadrasssem nas diretrizes e normas estabelecidas pela CNRMS (BRASIL, 2005).

Outra Portaria Interministerial relevante para o processo de regulamentação do processo de educação em saúde é a de Nº 2.118, de 03 de novembro de 2005, pois formaliza a parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação para a cooperação técnica na condução da Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos na Área da Saúde, tendo como um dos objetivos desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (BRASIL, 2005).

A formalização dessa parceria pode ser considerada um passo importante para a construção de um diálogo entre a gestão da política nacional de saúde e o órgão gestor da política de formação da educação superior brasileira. Desta parceria surgiram vários

programas, entre eles, o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde), e o Pró-Saúde.

Em 2007, foi publicada Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro, que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional como ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização caracterizado como ensino em serviço, para as profissões da área da saúde, com carga horária de 40 a 60 horas semanais. É importante ressaltar que o conteúdo desta Portaria foi resultado das discussões e pactuações do 2º Seminário Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde, ocorrido em 2006.

Na referida Portaria, fica explicitado que os programas de RMS deverão ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, mas dialogando com as necessidades locais e regionais, e delimita os eixos que deverão nortear a elaboração e execução das Residências Multiprofissionais. São, ao todo, doze eixos norteadores que enfatizam a necessidade das Residências Multiprofissionais estarem inseridas em cenários de prática que representem a realidade sócio-epidemiológica do país; trabalhem com a concepção ampliada de saúde; esteja em sintonia com a Política Nacional de Educação Permanente; utilizem de estratégias pedagógicas com foco na integralidade e na interdisciplinaridade; integre ensino-serviço-comunidade; articule-se com diferentes níveis de formação desde a educação profissional, graduação até a pós-graduação; Dialoguem com a Residência Médica, e principalmente, um sistema de avaliação que seja dialógico e permita a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, corpo docentes, residentes, gestores e gerentes e o controle social do SUS (BRASIL, 2007).

Para subsidiar a discussão da formação em Residência Multiprofissional, essa portaria é o documento base, pois proporcionou o reconhecimento legal de uma modalidade de formação que já existia a quase trinta (30) anos no Brasil, definindo e normatizando o seu funcionamento, afirmando seu compromisso com o SUS, definindo carga horária e estabelecendo os eixos norteadores que deverão estar contemplados em sua proposta político-pedagógica.

Os Programas de Residência Multiprofissional tiveram sua existência marcada por uma diversidade de concepções pedagógicas ficando a cargo de cada Programa a definição do seu *modus operandi*, o que de um lado revela a autonomia dos Programas e a possibilidade de articulação com a realidade sócio-epidemiológica local, mas de outro, possibilitou inúmeras propostas com uma diversidade de modelos pedagógicos que dificultavam qualquer sistemática a nível nacional de avaliação desses programas.

Qualquer estudo que tenha por objetivo avaliar o impacto das Residências Multiprofissionais terá que considerar o perfil da instituição ofertante, pois se tem programas vinculados às universidades, às faculdades e às secretarias estaduais ou municipais de saúde, deve-se verificar o grau de articulação com o Sistema de Saúde Local e os componentes que apresentam maior predomínio, pois se encontram programas unicamente voltados para a Atenção e os que conciliam Atenção e Gestão.

No segundo semestre de 2007, a Comissão Nacional de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (CNRMS) passou a funcionar e seus membros foram nomeados através da Portaria Interministerial Nº 698, de 20 de junho. O início do funcionamento da CNRMS esteve voltado para a organização interna, inclusive com a elaboração do regimento interno da Comissão e com um esboço de requisitos mínimos para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Ainda nesse mesmo ano, teve-se a instituição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na Portaria Interministerial Nº 1.507, de 22 de junho, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS voltados para estudantes da graduação com vistas a formar profissionais com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do país (BRASIL, 2007). A Portaria 1.996, de 20 de agosto, estabelecendo as diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e por fim, a Portaria Interministerial nº 3.019, que dispõe sobre a ampliação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) para os demais cursos de graduação da área da saúde, ampliando o escopo da Portaria Nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, que criava o Pró-Saúde para os cursos de graduação de Medicina, Enfermagem e Odontologia, que tinha como objetivo reorientar o processo de formação para os cursos de graduação na área da saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicam a Portaria Nº 506 em 24 de abril definindo a carga horária das Residências Multiprofissionais em sessenta (60) horas semanais, fruto de discussões e deliberações do pleno da CNRMS. Na ocasião, a temática causou polêmica e dividiu os membros, pois o argumento da definição de carga horária se deu a partir da referência da Residência Médica e do argumento de que só seria possível equiparar o valor das bolsas pagas aos residentes das multiprofissionais aos da área médica se também houvesse equiparação da carga horária.

Essa deliberação motivou muita discussão entre os coletivos, principalmente os dos residentes, pois significaria muito mais que aumento de carga horária; implicava discutir os

reais objetivos dessa formação, o processo ensino-aprendizagem, e principalmente, remetia a uma análise crítica sobre a carga horária do ensino em serviço. A grande questão é que, se havia o reconhecimento que os modelos hegemônicos não correspondiam às necessidades do SUS, por que, então, reproduzir modelos já instituídos e que têm sido alvo de considerações acerca de sua pertinência? (PASINI; GUARESCHI, 2010).

Em 15 de maio, é publicada a Portaria Interministerial Nº 593, dispondo sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS, estabelecendo que a mesma tivesse como finalidade atuar na formulação e execução do controle dos Programas de RMS, bem como na elaboração de diretrizes e no estabelecimento de competências para a organização e avaliação de programas de RMS, além de avaliá-los de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Nessa Portaria também ficaram definidas a organização interna e as atribuições das diversas instâncias da CNRMS.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicam uma Portaria conjunta Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, onde definiram uma nova composição, retirando o Fórum de preceptores, coordenadores, Fórum de residentes e entidades, como Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores na área da Saúde (FENTAS) e Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), dando uma nova configuração política à Comissão. A novidade é a retirada dos coletivos organizados dos coordenadores, tutores e preceptores e residentes. Nessa mesma portaria é instituído o programa de bolsas para residentes, restringindo o financiamento apenas para estes e retirando o subsídio para o corpo docente e coordenação. A justificativa é instituir o financiamento tripartite para as residências multiprofissionais.

O ano de 2010 foi marcado pela continuidade da regulamentação e normatização das residências multiprofissionais e sobre o funcionamento da CNRMS. As portarias e resoluções versaram sobre carga horária, duração e avaliação da residência; a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), instância de cogestão dos programas; estrutura e funcionamento da referida Comissão. O ano de 2011 teve como marca registrada a regulamentação de funcionamento dos programas e a instituição de regras e normas para questões referentes à transferência de residentes, licenças, tratamento, etc.

A avaliação que se pode fazer do funcionamento da CNRMS, através de suas resoluções e das portarias interministeriais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, é que até o momento sua atuação esteve voltada para regulamentar o funcionamento dos programas de financiamento, mas ainda não conseguiu avançar no quesito

avaliação pedagógica dos programas; até mesmo as Diretrizes Pedagógicas ainda encontram-se no formato de minuta e o processo de avaliação dos programas encontra-se em fase de implantação.

O que se pode apreender dessa reconstituição histórica do arcabouço jurídico- legal da formação em saúde no SUS é que o próprio Sistema de Saúde está em permanente construção e os avanços e recuos presentes na legislação e no processo de regulamentação da formação em saúde estão diretamente ligados à conjuntura nacional, e é resultado da correlação de forças entre os diferentes atores do movimento sanitário brasileiro. A própria Residência Multiprofissional em Saúde tem vivenciado momentos de avanços e recrudescimento.

4.1.2 O surgimento das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil

Como relatado anteriormente, a primeira experiência de Residência Multiprofissional ocorre em 1978, na Unidade Sanitária São José do Muriel, criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre. Outro documento também refere ter a Residência Multiprofissional sua gênese atrelada ao Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), criado pelo INAMPS, em 1979.

Na década de 90 surgiram novos programas de Residências Multiprofissionais, como o Programa de Residência em Saúde Mental do Instituto Philippe Pinel (1994); o Programa de Residência em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (1995); o Programa de Residência Integrada em Saúde da ESP/RS(1999) (RAMOS, 2006); e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA (1999).

Os anos de 1990 presenciam a consolidação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), bem como a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Mais que um programa, o PSF é a incorporação da Atenção Primária à Saúde como modelo de organização da atenção à saúde no SUS e vai requerer, entre outras coisas, um novo perfil dos trabalhadores da saúde.

Esse será o mote para a expansão dos programas de Residência Multiprofissional em especial, os de saúde da família, inclusive com garantia de financiamento federal a partir de 2002, para 19 programas através do REFORUS.

No ano de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), e instituída a Política Nacional de Educação em Saúde em 2004, a pauta da formação e da valorização dos trabalhadores para o SUS entra na disputa. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde aumentou o financiamento para 22 programas de residências multiprofissionais, abrangendo outras áreas de ênfases.

A partir de então, irá se configurar um reconhecimento e investimento na sua potencialidade pedagógica e política, com a necessidade de criação de uma base legal para as Residências Multiprofissionais em Saúde e da instituição de um espaço regulador dessa formação, a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS).

A criação do arcabouço jurídico-legal das Residências Multiprofissionais em Saúde é resultado de uma intensa articulação de diferentes entidades representativas da área da saúde e de diversos movimentos, entre eles, os coletivos de residentes, coordenadores e preceptores dos programas multiprofissionais, que colocaram seus projetos e concepções em disputa.

Sendo as residências multiprofissionais em saúde inseridas em um campo de grandes disputas, para que as mesmas se firmem como projeto contra-hegemônico, faz-se necessário que “[...] os sujeitos envolvidos na luta pela mudança na formação estejam em permanente mobilização para a sua manutenção como estratégia na formação do trabalhador para o SUS” (LOBATO, 2010, p.36)

No mesmo ano de publicação da Portaria nº 2.117/05, que cria as Residências Multiprofissionais em Saúde, é realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com a proposta de fomentar a reflexão e estimular o debate com as representações de residentes, preceptores, coordenadores, secretários municipais e estaduais, conselhos profissionais da área da saúde, além de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Entretanto, apesar dos avanços na legislação, as situações da certificação e da titulação ainda permaneciam sem garantia, uma vez que a única comissão existente era a de residência médica e a mesma não aceitou se responsabilizar pelos multiprofissionais. Somente os programas vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES) tinham acesso à certificação, mas como especialização com caráter de residência, já para os programas executados pelas secretarias de saúde municipal ou estadual, não havia qualquer possibilidade de titulação.

No ano subsequente, ocorreu o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que objetivava discutir as diretrizes para os programas de Residência

Multiprofissional em Saúde e a composição e formato da CNRMS. Este seminário foi precedido por seminários regionais que contaram com o apoio e articulação dos residentes. Como resultado desse momento, foi criado um grupo de trabalho que iria sistematizar o relatório final e elaborar uma proposta de minuta de portaria de criação da CNRMS, viabilizando a instituição da CNRMS na Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Em 19 de julho de 2007, foi nomeada a Comissão; e em agosto do mesmo ano foi realizada a primeira plenária dessa instância.

Durante o ano de 2008, a Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde funcionou de forma regular e apresentou como pontos de discussão, entre outras, a implantação de um sistema informatizado para cadastramento dos programas, a elaboração de uma minuta com critérios para credenciamento e financiamento dos programas, cadastramento dos programas e seleção e capacitação dos avaliadores. Outro ponto importante foi a discussão e aprovação da carga horária para 60 horas semanais, como medida de isonomia entre residência médica e multiprofissional para o valor das bolsas dos residentes.

Ainda em outubro de 2008, ocorreu o III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, “visando à construção coletiva de acompanhamento das residências multiprofissionais e em área da saúde” (BRASIL, 2009); concomitantemente ocorreu a I Oficina de Avaliadores de Residência Multiprofissional e em Área Profissional com objetivo de discutir o sistema de avaliação das residências e suas concepções e instrumentos.

O ano de 2009 foi marcado pela descontinuidade no funcionamento da CNRMS, o que culminou com a sua dissolução em agosto, e com a publicação de uma portaria com uma nova composição em novembro daquele ano. Ainda em dezembro, passou a vigorar um novo formato de financiamento, pautado em editais públicos e apenas para bolsas de residentes. O que não deixou de ser um avanço, pois anteriormente a escolha dos programas que seriam beneficiados pelo financiamento era algo pautado em critérios internos do Ministério da Saúde.

Em 2010, os trabalhos são retomados sob uma nova composição e um novo arranjo político. Suas ações foram concentradas na continuidade da regulamentação do funcionamento dos programas sem, contudo, avançar no quesito avaliação, além de ser marcado pelos constantes embates entre os coletivos e a Comissão, Ministério da Saúde e MEC, mediados pelo Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS. A reivindicação era a realização do IV Seminário Nacional, para questionar a legitimidade da

atual composição da Comissão que havia sido construída sem a participação dos movimentos das residências, como também, a atual política de financiamento dos programas.

O IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área profissional de Saúde aconteceu em setembro de 2011, com objetivo de discutir a concepção político-pedagógica dos programas de Residência Multiprofissional e em área profissional, assim como a política e a gestão de financiamento dos mesmos. Até o presente momento, não houve divulgação de relatório com possíveis encaminhamentos do seminário.

Discutir Residência Multiprofissional enquanto formação para o SUS passa inevitavelmente pelo levantamento histórico dos espaços de formulação, regulação e arcabouço jurídico-legal. Por isso, torna-se imprescindível compreender todo o processo político e ideológico que permeou e ainda permeia o movimento das residências multiprofissionais, e é nesse sentido que o histórico acima foi construído, bem como no atendimento das exigências metodológicas que o método estrutural-sistêmico propõe para o mapeamento das estruturas essenciais de qualquer fenômeno, ou seja, desvelar sua gênese e considerar as variáveis endógenas e exógenas e seus caracteres teleológicos e não teleológicos.

4.1.3 Os princípios e as diretrizes da Residência Multiprofissional em Saúde

A Residência Multiprofissional em Saúde tem como finalidade propiciar a formação qualificada de profissionais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a integralidade da atenção e do cuidado, a interdisciplinaridade, a promoção da saúde e a intersetorialidade, tendo como concepção pedagógica a educação permanente em saúde e, como cenários de ensino-aprendizagem, a rede de atenção integral do SUS.

Apesar de já existir por mais de três décadas, só recentemente a Residência Multiprofissional teve suas diretrizes pedagógicas definidas pela CNRMS, que ainda se encontra em formato de minuta. Entretanto, essa necessidade já foi por diversas vezes apontada pelos programas e pelos coletivos. No ano de 2006, o coletivo de residentes realizou, com o apoio do Ministério da Saúde, três seminários regionais, que formularam, entre outras coisas, uma proposta de princípios e diretrizes para os programas de RMS.

Foram cerca de 14 princípios e diretrizes que são apresentados, a seguir, de forma sucinta: articulação orgânica com os princípios do SUS; concepção ampliada de saúde, considerando o sujeito enquanto ator social, responsável pelo o seu processo de vida; a

residência como espaço de educação permanente, dispositivo potencial para promover mudanças dos modelos de gestão e atenção do sistema; utilizar uma pedagogia problematizadora; pensar a formação sob a perspectiva de linhas de cuidado, utilizando a rede de atenção como espaço de aprendizagem; organização dos eixos pedagógicos sob a perspectiva de áreas de cuidados como estratégia de formação com base na integralidade; integração ensino-serviço; integração de saberes; parceria institucional para viabilizar o processo de estruturação, execução, avaliação e manutenção das residências; integração com IES como medida de aproximação entre pós-graduação e graduação; regionalização e descentralização; interiorização do trabalho em saúde, amenizando a dificuldade de acesso a tecnologias de cuidado em saúde em áreas afastadas dos centros urbanos e avaliação e monitoramento dos programas como um processo de educação permanente em serviço (BRASIL, 2009, p.10-12).

As RMS são orientadas pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade e pelas diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, o que corrobora com o que foi preconizado pelo movimento das residências acima citado (SILVEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) defende uma formação em RMS que considere a realidade e as necessidades de saúde de um determinado local ou região do país, e possibilitem a integração dos diferentes níveis de formação, sempre tendo como pano de fundo, a educação permanente em saúde. Deve favorecer a inclusão qualificada de novos profissionais da saúde no mercado de trabalho; em particular, nas áreas prioritárias do SUS.

Atualmente, a CNRMS divulgou um documento provisório onde anuncia uma proposta de diretrizes pedagógicas para os programas de Residência Multiprofissional e em área profissional. Essas diretrizes afirmam que as Residências Multiprofissionais devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS; devem partir sempre das necessidades e realidades locorregionais; definem duração, carga horária de 60 horas semanais e que os mesmos constituem-se enquanto programas de integração ensino-serviço-comunidade.

Nesse mesmo documento, são explicitadas as características mínimas de um programa multiprofissional, e que o mesmo deve ser “[...] orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (BRASIL, 2011).

Suas atividades teóricas, teórico-práticas e práticas devem ser organizadas através de um “[...] eixo integrador transversal de saberes comuns a todas as profissões”, e “[...] eixos

correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional” (BRASIL,2011). Também propõe que os programas adotem cenários de aprendizagem configurados em itinerários de linhas de cuidado, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, assim como se pautem na integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas. Preocupam-se em definir atribuições para tutores, preceptores, coordenação do programa e residentes.

Essa minuta das diretrizes pedagógicas vem ao encontro de uma necessidade dos programas, de normatização ou até mesmo de direcionamento, e para CNRMS, a possibilidade de regular esses processos e de formular uma proposta de avaliação dos programas com um embasamento mínimo, ou seja, requisitos básicos para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

4.1.4 O surgimento da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará

O primeiro Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Ceará foi criado em Sobral, no ano de 1999. Atualmente existem dois programas de caráter multiprofissional, o da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, criado em 2005, e o de Sobral.

4.1.4.10 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral

A criação da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, assim como a de Fortaleza, ocorreu em decorrência do processo de municipalização da saúde.

Em Sobral, o processo de municipalização iniciou-se em 1997, deflagrando um intenso processo de mudanças no âmbito da gestão, da atenção e da formação em saúde. Ao optar por estruturar o sistema municipal de saúde sob as bases da Atenção Primária à Saúde, foram encontrados vários obstáculos, entre eles, a formação inadequada dos profissionais de saúde para atuar de acordo com os princípios do novo modelo estruturante de atenção à saúde, o Programa Saúde da Família.

Dessa constatação, surgiu a necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais que atuavam na Atenção Primária de Sobral. A decisão foi investir na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em caráter de especialização, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), instituição certificadora.

A primeira turma iniciou-se em 1999, com 64 residentes, entre médicos e enfermeiros, todos inseridos nas equipes do Programa Saúde da Família. O financiamento foi exclusivo do município de Sobral, tendo finalizado com 38 residentes.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família surgiu da compreensão de que o novo modelo de saúde exigia um método inovador, que tivesse como princípio orientador da vivência pedagógica, o processo de trabalho na atenção básica, articulando o embasamento teórico com a reflexão sobre esse processo de trabalho, em diálogo permanente com os princípios e diretrizes da saúde da família e do SUS.

A segunda turma teve início em 2001, com a ampliação para as outras categorias, com total de 59 residentes; permaneceu o requisito de estar vinculado ao sistema municipal de saúde. A terceira turma iniciou em 2002, já com financiamento para 25 bolsas pelo Ministério da Saúde. Naquele momento, Sobral já se firmava como polo formador para o SUS e como *lócus* de diversas experiências exitosas em saúde da família, o que despertou interesse em candidatos de outros locais, trazendo um novo componente à Residência Multiprofissional de Sobral.

A quarta turma, em 2003, voltou a ser financiada exclusivamente com recursos municipais, e foi a última turma a contar com a categoria médica em seus quadros. A quinta turma contou com o financiamento de 26 bolsas pelo Ministério da Saúde, caracterizou-se pela participação quase que exclusiva de residentes que não atuavam no sistema de saúde local, e pelo que pode ser considerado como fato mais relevante, a construção de uma nova proposta pedagógica que propõe romper com o modelo tradicional que havia sido adotado nas turmas anteriores.

Até a quarta turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, predominou um modelo centrado em uma combinação de formação em serviço e módulos teórico-conceituais, ministrados por especialistas, com forte componente conteudista. A proposta de avaliação também continha uma concepção de avaliação como verificação de conhecimentos, com destaque para provas, trabalhos escritos.

A quinta turma (2005-2007) trouxe uma proposta pedagógica inovadora que rediscutiu a concepção de formação na modalidade residência e assumiu como marco teórico-

metodológico, os princípios da promoção da saúde, da educação permanente, educação popular e educação por competência (MARTINS *et al.*, 2008). A construção desta proposta ocorreu durante o primeiro ano, e contou com a participação de residentes, preceptores, coordenação e direção da escola.

No projeto político-pedagógico da 5^a turma, encontra-se descrito o que é denominado de nova pedagogia na residência. Esta nova pedagogia apoia-se nos princípios de que o processo educativo tem por finalidade transformar o processo de trabalho e não somente o aperfeiçoamento pessoal do educando, considera o SUS/ESF como *lócus* privilegiado para essas transformações, reconhece que o processo de trabalho no SUS/ESF envolve múltiplos atores e toma como fundamento da prática pedagógica, a aprendizagem significativa (Sobral, 2006).

Define como objetivo geral do programa construir competências técnicas, humanas, sociais e políticas junto aos residentes na perspectiva da promoção da saúde. Nesse momento, nasce a concepção de sistema aprendente, onde toda a rede de saúde é considerada como um espaço profícuo de ensino-aprendizagem, assim como o território em toda a sua dinamicidade e complexidade. Essa proposta gerou uma atuação dos residentes e preceptores com um foco maior nos espaços e movimentos comunitários.

O curso de residência passou a ser organizada em quatro eixos estruturantes: vivências teórico-conceituais, vivências nos territórios de saúde da família, vivência de extensão e vivência de produção científica.

As vivências teórico-conceituais diz respeito ao “[...] conjunto de saberes que ao longo da experiência da estratégia saúde da família se consolidaram e se estruturaram dada a pertinência para o fazer, o ser e o saber” (MARTINS *et al.*, 2008, p.27). Os conteúdos permaneceram, mas numa lógica de educação permanente, alternando momento de estudos individuais, grupais e realizando a reflexão com o cotidiano do trabalho. A vivência do território é definida como a inserção do residente em um território que possibilita um contato com uma realidade viva, dinâmica, e potencializadora para o ensino-aprendizagem dos residentes em saúde da família.

A vivência de extensão é o momento em que o residente, por meio de intercâmbio institucional, vivencia a realidade de outros programas ou de serviços que complementem sua formação. Esse momento é mediado e avaliado pelo corpo docente da residência. A vivência de produção científica compreende a elaboração de um trabalho de conclusão de curso, em

consonância com as normas da instituição certificadora e tem como objetivo refletir sobre a estratégia saúde da família como campo de saberes e práticas.

A proposta de avaliação também trouxe inovações, do ponto de vista conceitual e de estratégia metodológicas. Passa-se a praticar a avaliação somativa e a formativa, e adotaram-se os seguintes pressupostos:

A autonomia dos sujeitos participantes do processo de aprendizagem, o caráter dinâmico, coletivo e constante que deve orientar o processo, a crença de que o educando é o principal responsável por aquilo que aprende ou deixa de aprender e, por fim, que tem no diálogo amoroso uma fonte de inspiração e transformação dos sujeitos aprendentes (SOBRAL, 2006, p.68).

A avaliação ocorreria mediante a análise dos seguintes aspectos: atividades no território, cumprimento de acordos, clareza da proposta da residência e qualidade das ações e atitudes dos residentes no território, Escola de Saúde da Família e junto aos demais residentes.

Para a efetivação desses aspectos, foram elencados alguns meios de verificação: cumprimento do cronograma das atividades; análise dos relatórios descritivos das atividades de campo e produção textual dos seminários e conferências; entrevista individual com residentes; participação na programação técnico-científica da EFSFVS; elaboração e apresentação de TCC e avaliação das percepções do conjunto de profissionais das equipes de saúde da família. No documento, é explicitado que a proposta de avaliação encontrava-se em construção, mas que incorporaria outros elementos, como o afetivo, o político, o simbólico e o prático, superando, assim, o caráter meramente cognitivo anteriormente adotado.

A 6^a e 7^a turma (2008 – 2010) ocorreram simultaneamente, em decorrência de atrasos no repasse do financiamento federal. A proposta pedagógica implementada foi executada pela 5^a turma, e pela própria dinamicidade da residência, nenhuma proposta será executada da mesma forma. Nesse momento, é incorporada a figura do tutor, que acompanha a equipe multiprofissional no território articulando o campo de saber na saúde da família e o preceptor de categoria, que acompanha o residente em sua descoberta e sistematização do seu núcleo de saber.

Uma constatação é que, apesar na novidade ser o campo, o trabalho em equipe com base na multiprofissionalidade e na interdisciplinaridade, as categorias ainda se ressentem de compreender seu núcleo. Essa tem sido a busca de todas as categorias, com exceção da Enfermagem e da Odontologia, que já têm seu fazer definido em Portaria. Com isso, a função de preceptoria assume uma posição fundamental na formação em residência, que é dialogar o máximo possível com a tutoria como condição de não provocar um distanciamento do objetivo final da residência, formar para o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

A 8^a turma, iniciada em 2010, está em processo de finalização, e também apresentou consideráveis mudanças na proposta pedagógica, com especial destaque para a instituição de ciclos de aprendizagem, com enfoque em novos campos de saberes, como a clínica ampliada, a abordagem coletiva e a organização do serviço, e a ética e a interdisciplinaridade como eixos transversais a todo o processo formativo.

O projeto político-pedagógico da 8^a turma traz uma preocupação latente com a produção de tecnologias no âmbito da Estratégia Saúde da Família, como está definido em seu objetivo:

Desenvolver tecnologias para a Estratégia Saúde da Família, a partir da construção de competências teórico-metodológicas, técnico-operativas, sociais, políticas e humanas para as diversas categorias profissionais da saúde, de modo orgânico, participativo e alimentador da prática, na perspectiva da Promoção da Saúde, com vistas à transformação de práticas para a consolidação do SUS (SOBRAL, 2010).

Assim, a RMSF deseja contribuir na transformação das práticas no âmbito da ESF de Sobral, como também sistematizar saberes e práticas redefinidas ou construídas ao longo dos dois anos de inserção dos residentes nos territórios e serviços.

O novo desenho pedagógico propõe um processo de ensino-aprendizagem organizado em ciclos de aprendizagem, com foco nos três campos de saberes acima citado. A opção pela clínica ampliada, como defende a Política Nacional de Humanização (2009), é que a mesma guarda uma proximidade muito grande com a formação multiprofissional, pois possui quatro eixos fundantes: o conceito ampliado do processo saúde-doença, a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, ampliação do “objeto de trabalho” com vistas à integralidade e a transformação dos meios de forma que possibilitem uma comunicação transversal entre a equipe.

A opção pela abordagem coletiva, também ocorre pelo fato da mesma se apresentar como um campo de saber essencial para a efetivação das ações de promoção da saúde, principalmente, através das atividades de educação em saúde. A organização do serviço significa optar por uma formação que prepara o residente para atuar de forma competente e comprometida com a transformação das práticas, com a humanização do serviço e com a acessibilidade ao sistema de saúde, o que tensiona o residente a “[...] trabalhar numa perspectiva praxiológica e problematizadora da realidade na qual estão inseridos em consonância com os princípios do SUS” (SOBRAL, 2010).

Cada ciclo de vivências teórico-conceituais tem duração de três meses para aprofundamento dos temas concernentes aos campos de saber. Tais ciclos devem se repetir a cada três meses. No primeiro ano, os três meses iniciais são dedicados a um introdutório,

tendo os ciclos uma duração de nove meses. No segundo ano, estes são repetidos, e resguardam-se os três últimos meses para a produção e apresentação do TCC.

Entre cada ciclo acontecem as atividades chamadas de interciclos, com duração de uma semana, que objetivam avaliar e retroalimentar o processo ensino-aprendizagem. Tutores, preceptores e residentes discutem e apresentem reflexões sobre seus aprendizados nos ciclos; é um momento de imersão na EFSFVS.

A concepção de avaliação presente no projeto político-pedagógico em vigor define avaliação a partir de Miras e Sole (1996) que tem como objetivo a obtenção de informações úteis para tomar alguma decisão. Para isto, considera os diversos atores (residentes, preceptores, tutores, equipes de Saúde da Família) e os diversos cenários de aprendizagem (território, vivências teórico-conceituais, rodas etc.), com a mediação do corpo docente da RMSF.

A avaliação é realizada a partir de dois eixos: processo e produto. O eixo processo tem por objetivo monitorar o processo de ensino-aprendizagem relacionado ao desempenho docente e discente. Os docentes serão avaliados pelos residentes por meio da metodologia proposta para as vivências temáticas no que diz respeito à coerência dos recursos metodológicos ao referencial pedagógico.

Os residentes serão avaliados nos seguintes aspectos: participação nas vivências temáticas; desempenho profissional relacionado às competências teórico-metodológicas, técnico-operacional, humana, social e ético-política e desempenho profissional relacionado à ação interdisciplinar.

O eixo produto tem por objetivo avaliar o desempenho profissional dos residentes a partir de produções de caráter artístico-científico, individuais e coletivas, conforme ciclo vivenciado. Este caráter artístico-científico refere-se à linguagem expressa através de contos, poesias, cordel, cartilhas, entre, estando garantido o rigor científico (SOBRAL, 2010).

No projeto pedagógico, vários instrumentos estão sistematizados e descritos com objetivo de instrumentalizar docentes e residentes para a operacionalização dessa proposta de avaliação.

Através desse percurso histórico, o que se pode evidenciar é que o que caracteriza o programa de residência de Sobral, é a constante busca pela transformação, pela autorreflexão, o que o coloca em constante construção, e redefinição de sua proposta pedagógica. A cada nova leva de residentes, novos tutores, reacomodações nos territórios ou na ESF, instigam a residência a dialogar, a buscar a tão almejada organicidade com a realidade.

4.1.4.2 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Fortaleza

O município de Fortaleza adotou a Estratégia Saúde da Família como modelo estruturante de sua rede de serviços a partir de 2005. O Programa Saúde da Família já havia sido implantado em 1998, com 32 equipes, mas as avaliações realizadas apontavam cobertura insuficiente e desigual. Em janeiro do referido ano, a cobertura era de apenas 15%, o que se mostrava insatisfatória para promover o impacto necessário à qualidade de vida da população da capital cearense.

A nova gestão municipal tinha como meta ampliar a cobertura da Saúde da Família para 70%. No ano de 2007, já havia 304 equipes da ESF e 212 ESB implantadas, correspondendo a uma cobertura de 43%. Inúmeras ações foram desencadeadas, entre elas, a realização de concurso público para nível superior e para agentes comunitários de saúde. Entretanto, ampliar os quadros não garantia que os princípios da ESF e do SUS estivessem presentes no cotidiano dos serviços. Dessa constatação, surgiu a necessidade de ser estruturado um sistema de saúde-escola, que permitisse implantar a educação permanente para todos os trabalhadores do SUS, e que a rede SUS se constituísse enquanto espaço de ensino-aprendizagem.

Como uma das estratégias potencializadora da educação permanente no município de Fortaleza, foi pensada a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A primeira turma teve início em junho de 2009, com 66 residentes, composta pelas categorias de Serviço Social, Veterinária, Psicologia, Nutrição, Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmácia e Fonoaudiologia, sendo 6 residentes por categoria.

O programa está indo para a 3^a turma, sendo que as outras 2 turmas tiveram redução das categorias pelo Ministério da Saúde. Hoje são 14 vagas para as seguintes categorias: Enfermagem(3), Odontologia(3), Fisioterapia (2), Nutrição (2), Serviço Social (2) e Psicologia (2).

O programa já possui 66 egressos oriundos da 1^a turma e tem duas ênfases: Estratégia Saúde da Família para enfermeiros e odontólogos e NASF para as demais categorias.

O programa surgiu da necessidade do fortalecimento da atenção primária no município e da própria organização de modelo integral em rede de atenção adotada por Fortaleza, em 2005, e da criação do Sistema Municipal Saúde-Escola como sistematizador e organizador dos processos de formação do município e de qualificação da rede de atenção básica.

O programa de RMSF de Fortaleza tem como objetivo promover uma maior integração ensino-serviço-comunidade, que possibilite a construção de práticas e saberes junto às equipes da Saúde da Família, atuando como um disparador para reorganização e reorientação das práticas em saúde, e de formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação na ESF (FORTALEZA, 2007).

A proposta pedagógica do programa de RMSF de Fortaleza traz uma concepção de residente como um sujeito que atua e reflete sobre o seu fazer, tomando sempre como base a realidade local e o serviço no qual está inserido. A formação do residente não está focada somente na clínica e na atuação com indivíduos e coletivos, mas também no gerenciamento de um território, que é constituído por famílias, pessoas e comunidades.

O dispositivo pedagógico do sistema saúde-escola está pautado na prática reflexiva, a partir de experiências questionadoras mediadas pelo preceptor. Assim, os profissionais em processo de educação permanente, “[...] realizam suas tarefas em situações reais em que os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e os conhecimentos contextualizados são abordados em toda a sua complexidade” (FORTALEZA, 2007, p.19).

As atividades da residência estão concentradas nos Centros de Saúde da Família e, de forma complementar, em outras unidades que compõem a rede de atenção integral à saúde, pública e ou conveniada ao SUS. As atividades estão organizadas em formação em serviço, teórico-práticas e teóricas.

As atividades de formação em serviço correspondem a 70% da carga horária, têm como cenários de ensino-aprendizagem os Centros de Saúde da Família e o seu território, além dos serviços secundários e terciários.

As atividades teórico-práticas dizem respeito ao desenvolvimento de espaços de problematização no território sobre os seus problemas e necessidades de saúde, e a realização de atividades desencadeadas nos módulos teóricos. Utilizam-se as rodas de equipe, estudo de casos, roda regional e fórum de residentes como disparadores das atividades teórico-práticas, totalizando uma carga horária de 10%.

As atividades teórico-conceituais estão organizadas por áreas temáticas e seus respectivos módulos, sendo os de saúde coletiva e ciclos de vida comum para todas as categorias. Todos os módulos têm como eixo comum: a família, o território e a educação (FORTALEZA, 2007).

As estratégias pedagógicas utilizadas nas atividades teórico-conceituais são aulas, oficinas, seminários, rodas de categorias, estudo de grupos, estudo individual e fórum virtual,

tudo isso dialogando com o conceito de família, território e educação, correspondendo a 20% da carga horária.

A concepção de avaliação presente no projeto político-pedagógico do programa de Fortaleza enfatiza a avaliação formativa como concepção adotada. Elege como critérios de avaliação, a participação dos residentes, compreendida como interesse e envolvimento científico nos módulos, e a aplicação dos conhecimentos discutidos nos módulos, entendida como mudança na atividade profissional, motivação para problematizar e avaliação crítica da realidade.

Divide a avaliação em individual, através de portfólio, elaboração de relatório e participação em seminários e oficinas, coletiva através de grupo focal, produções coletivas, planejamento e monitoramento. A avaliação coletiva se dá no território, com avaliação de inclusão de novas tecnologias e outros aspectos que correspondam ao processo de formação em serviço, envolvendo preceptor e equipe, com intervalo de 2 em 2 meses.

A formação em residência está organizada, no primeiro ano, em uma semana padrão que perpassa desde atividades no Centro de Saúde da Família, visita domiciliar ou outra atividade na comunidade, estágios em ambulatórios especializados, reunião de equipe e atividades teórico-práticas (FORTALEZA, 2007).

O segundo ano de formação está estruturado no aprofundamento das atividades que já vinham sendo desenvolvidas no primeiro ano, acrescida de preceptoria do residente ano 1; quando houver novos residentes, estágio opcional de dois meses em serviços que o residente considerar pertinentes à sua formação; elaboração do trabalho de conclusão de curso e plantões em hospitais secundários do município para enfermeiros residentes.

4.2 Identificação e adaptação das estruturas essenciais de avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ao modelo estrutural-sistêmico

O grande desafio para a adaptação do modelo estrutural-sistêmico aos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família é a sua especificidade, que em muitos aspectos difere do objeto estudado pelo autor do referencial “Curso de Graduação em Administração Presencial de Faculdades Privadas e Isoladas”.

Enquanto o curso de graduação tem seu processo de ensino-aprendizagem centrado principalmente nas atividades teóricas em sala de aula, com ênfase na apropriação teórico-conceitual das teorias que embasam a referida formação, a Residência Multiprofissional preconiza o polo inverso, ou seja, a aprendizagem pelo e no trabalho em equipe. Essa

diversidade pedagógica mostrou-se desafiadora para o processo de adaptação da matriz estrutural curso.

Outro elemento que dificultou foi a escassa produção teórica sobre o objeto “Residência Multiprofissional em Saúde da Família” que, de certa forma, limitou a incursão teórica sobre o objeto e o próprio processo de identificação das estruturas essenciais de avaliação. Outro agravante é a incipiente regulamentação dessa formação sobre a qual ainda pairam muitas dúvidas e inconsistências no campo normativo.

Quadro 1-Estrutura Projeto Político-Pedagógico adaptada do Modelo Estrutural-Sistêmico de Lima (2008)

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO
CURSO	Projeto Pedagógico do Programa	1.1 Concepção Educacional do Programa	1.1.1 Concepção de Educação	Descreve as concepções de educação predominante no Programa de RMSF integrada aos princípios, crenças e valores da IES/ serviço ao qual está vinculado.
			1.1.2 Concepção de Saúde	Descreve a concepção de saúde condizente com os princípios do SUS.
			1.1.3 Concepção de ensino em serviço	Descreve a concepção de ensino em serviço preconizada pela CNRMS e legislação pertinente.
			1.1.4 Concepção de Avaliação educacional	Descreve as concepções de avaliação voltadas para residências multiprofissionais em saúde.
			1.1.5 Concepção de formação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Descreve a concepção de formação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família abordando seus caracteres técnico, humano, social, político e ético.
		1.2 Estratégias educacionais	1.2.1 metodologias Educacionais	Identifica e avalia a utilização e resultados das diversas estratégias metodológicas educacionais adotadas pelo corpo docente no programa de RMSF
			1.2.2 Recursos Pedagógicos	Identifica e avalia a qualidade e aplicabilidade dos diversos recursos pedagógicos utilizados pelo corpo docente e residentes no programa de RMSF.
			1.2.3 Integração curricular	Avalia a integração curricular do Programa com os princípios do SUS, da ESF e com as diretrizes propostas pela CNRMS.
			1.2.4 Atingimento dos Objetivos	Avalia o alcance dos objetivos propostos pelo Programa de RMSF.
		1.3 Corpo Docente	1.3.1 Tutoria	Explicita o conceito de tutoria e sua função na formação em RMSF.
			1.3.2 Preceptoria	Explicita o conceito de preceptoria e sua função na formação em RMSF.
			1.3.3 Educação Permanente para o corpo docente	Explicita e realiza ações de educação permanente para o corpo docente da RMSF.
			1.3.4 Qualificação do corpo docente	Explicita e oportuniza incentivos a formação do corpo docente, como acesso a mestrado, doutorado e ou participação em eventos em área de interesse da RMSF.
		1.4 Corpo	1.4.1 Residente	Explicita o conceito de residente e suas atribuições na RMSF.

	Discente	1.4.2 Perfil do Egresso	Defini o perfil do egresso do programa de RMSF.
--	----------	-------------------------	---

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO (CONT)			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO
CURSO Projeto Pedagógico do Programa	1.5 Cenários de Aprendizagem	1.5.1 Atividades em serviço na ESF	Explicita a carga horária e a forma como se dará a formação do residente na ESF e sua articulação com as equipes de SF.	
		1.5.2 Atividades no Território	Explicita a carga horária e as atividades destinadas ao território como espaço de aprendizagem.	
		1.5.3 Atividades nas Redes de Atenção em Saúde	Explicita a carga horária destinada ao residente nas Redes de Atenção em Saúde como cenário de aprendizagem.	
		1.5.4 Atividades teórico-conceituais.	Explicita a carga horária destinada aos momentos teórico-conceituais.	
	1.6 Estratégias de Aprendizagem Multiprofissional e Interdisciplinar (campo)	1.6.1 Atividades Teórico- Conceituais	Descreve como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais na RMSF, articulando o campo comum ESF para todas as profissões.	
		1.6.2 Atividades Práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades práticas na RMSF, articulando o campo comum ESF para todas as profissões.	
		1.6.3 Atividades Teórico –práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades teórico-práticas, articulando o campo comum para todas as profissões.	
	1.7 Estratégias de Aprendizagem para os núcleos de saberes	1.7.1 Atividades Teórico-Conceituais	Descreve como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais na RMSF, correspondente ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional.	
		1.7.2 Atividades Práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades práticas na RMSF, correspondente ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional.	
		1.7.3 Atividades Teórico –práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades teórico-práticas, correspondente ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional.	

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO (CONT)					INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO	
CURSO	Projeto Pedagógico do Programa	1.8 Integração ensino - serviço-comunidade	1.8.1 Ações de integração ensino-serviço-comunidade	Avalia a articulação de sua proposta pedagógica com o modelo de gestão municipal, a capacidade técnico-operacional instalada e as necessidades locorregionais da comunidade.	
			1.8.2 Processo educativo com foco nas necessidades da população/território	Avalia a articulação de sua proposta pedagógica com as necessidades de saúde e epidemiológicas locais.	
			1.8.3 Articulação com os movimentos sociais e ou controle social do território.	Avalia a articulação do Programa de RMSF com movimentos sociais ou controle social do território.	
			1.8.4 Articulação com outras modalidades de formação no âmbito da ESF	Avalia a integração do programa de RMSF com outras modalidades de formação que ocorrem nos serviços da ESF, como ensino técnico, graduação, PET Saúde e Residência de Medicina de Família e Comunidade.	
		1.9 Sistema de Avaliação	1.9.1 avaliação da aprendizagem discente	Explicita o sistema de avaliação para o residente, informando as estratégias de avaliação dos diversos componentes da formação na modalidade RMSF, teórico-conceitual, prático e teórico-prático, por parte do corpo docente e profissionais das ESF.	
			1.9.2 avaliação docente	Explicita estratégias de avaliação do corpo docente da RMSF por parte dos residentes.	
			1.9.3 Avaliação do cenário de prática/serviços	Explicita estratégias de avaliação dos residentes no cenário de prática/serviços por parte dos profissionais que compõem as equipes da ESF.	
			1.9.4 autoavaliação do programa de RMSF	Explicita proposta de autoavaliação do Programa de RMSF por parte dos residentes, tutores, preceptores, gestores, usuários e profissionais dos serviços.	

Fonte: Lima (2008)

Ao analisar o Quadro 1 sobre a estrutura projeto político-pedagógico adaptada do modelo estrutural-sistêmico, observou-se que os dois projetos político-pedagógicos possibilitaram a identificação de estruturas de avaliação no 3º nível, bem como seus indicadores, além de ter sido fonte imprescindível para a adaptação do modelo estrutural-sistêmico à Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

A estrutura do projeto político-pedagógico no modelo estrutural-sistêmico encontra-se no 2º nível e é composta em seu 3º nível por duas estruturas: concepção educacional do curso e estratégias educacionais. A primeira refere-se às concepções de educação, avaliação educacional e concepção de formação em administração. A segunda preocupa-se em avaliar as metodologias educacionais, recursos pedagógicos, integração curricular, dimensionamento humano-pedagógico e atingimento das metas do curso.

No processo de adaptação das estruturas para o objeto “Residência Multiprofissional em Saúde da Família”, a estrutura “Concepção Educacional”, que apresentava três indicadores, aqui desdobrou-se em cinco indicadores. A adaptação tratou de redimensionar os indicadores, adequando-os à realidade da Residência Multiprofissional e atendendo a exigência Constitucional e legal de estar em consonância com os princípios do SUS, portanto, com o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2011,2005). Outra questão que necessitou ser acrescida foi a concepção de ensino em serviço e de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL,2005, 2007;FEUERWEKER, 2008; PASINI; GUARESCHI, 2008; SILVA, 2010).Todas as descrições dos indicadores foram alteradas, adequando-as ao objeto avaliado.

Na estrutura “Estratégias Educacionais”, manteve-se quatro indicadores, dos 5(cinco) apresentados pelo autor Lima (2008).Excluiu-se o indicador dimensionamento humano-pedagógico do curso, por acreditar que seria de difícil aplicação as residências, visto que deseja verificar a quantidade de turnos, alunos, turmas, professores, gestores etc., o que não se aplica à realidade do objeto estudado, pois a residência é uma modalidade de formação em que esse indicador tem uma outra dinâmica;não ocorre necessariamente uma continuidade dos programas devido à política de financiamento, o que gera descontinuidade dos programas, impedindo um percurso linear acerca dos itens acima mencionados.

A estrutura “Corpo Docente” e seus respectivos indicadores foi criada pela pesquisadora para dar conta da especificidade do objeto em estudo, como também foi uma estrutura encontrada na análise dos projetos político-pedagógicos dos dois programas que serviram de cenário de estudo, além de estar na minuta das diretrizes pedagógicas da CNRMS (2011) e na legislação das residências.

O mesmo aplica-se para a estrutura “Corpo Discente”, “Cenários de Aprendizagem”, “Estratégias de Aprendizagem Multiprofissional”, “Estratégias de Aprendizagem para os Núcleos de Saberes”, “Integração Ensino-Serviço” e “Sistema de Avaliação” (BRASIL,2005, 2007, 2011). Todas foram acrescidas a partir das análises dos projetos pedagógicos, leitura da produção científica e legislação, pois se mostraram essenciais num processo de avaliação de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

A estrutura “corpo docente” refere-se à verificação da concepção de tutoria, preceptoria de categoria, e suas respectivas competências, bem como deseja identificar as ações de qualificação e de educação permanente direcionadas aos docentes, conforme preconizada na legislação.

A estrutura “corpo discente” tenta trazer a especificidade do discente da residência, o residente, com definição e atribuições, pois diferentemente do aluno graduando, trata-se de um profissional que se insere em um processo formativo, mas que possui atribuições e responsabilidades inerentes à sua profissão.

Outra estrutura identificada nos projetos político-pedagógicos e presente em toda a legislação das residências são os “cenários de aprendizagem”, espaços onde se materializam ou são deflagrados os processos de ensino-aprendizagem das residências. A diretriz pedagógica que estabelece a residência como uma formação no e pelo trabalho (BRASIL, 2011, 2005, 2007; FEUERWEKER, 2008), estabelecendo que a carga horária prática deva ser de 80%, informa que é necessário priorizar determinados espaços formativos: o serviço, nesse caso, o Centro de Saúde da Família e o território onde este serviço está inserido e com o qual mantém uma relação de vínculo e de responsabilização; a Rede de Atenção à Saúde e as atividades teórico-conceituais que correspondem a cerca de 20% da carga horária total e devem ser desenvolvidas ao longo dos dois anos. Essa estrutura e seus indicadores tratam da verificação da carga horária destinada para cada um desses cenários e da forma como está organizado o processo de ensino-aprendizagem nos mesmos.

A estrutura “estratégias de aprendizagem multiprofissional” diz respeito às atividades de ensino-aprendizagem que estão relacionadas ao campo de saber “saúde da família”, o campo comum para todas as categorias. Pretendem verificar como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais, práticas e teórico-práticas tomando em consideração o campo saúde da família.

Já a estrutura “estratégias de aprendizagem para os núcleos de saberes” refere-se às estratégias metodológicas planejadas para oportunizar o processo de ensino-aprendizagem aos

núcleos de saberes das profissões nos aspectos teórico-conceituais, práticos e teórico-práticos, com vistas a preservar a identidade profissional de cada categoria. Esta estrutura objetiva examinar como a modalidade residência tem se organizado para preservar os saberes e as práticas que conferem identidade as profissões, sem, contudo, deixar de dialogar com o campo comum a todos.

Mesmo sendo a multiprofissionalidade o objeto da residência, verifica-se a necessidade de investigar como o fazer de cada categoria vem sendo sistematizado, preservado ou redefinido. A política do NASF (BRASIL, 2008) em andamento coloca em evidência que não é só o campo da saúde da família que não está definido; o próprio núcleo das categorias passa por indefinições, pois requer uma nova forma de pensar e fazer saúde.

A integração ensino-serviço-comunidade foi uma estrutura identificada na análise dos projetos pedagógicos Sobral (2011), Fortaleza (2010) e nas Diretrizes Pedagógicas preconizadas pela CNRMS (2011), como também se encontra em diversas produções acadêmicas sobre o objeto “Residência Multiprofissional”. Essa estrutura procura averiguar a articulação da proposta pedagógica do programa ou curso com a gestão municipal, com as necessidades locorregionais de saúde e a busca de uma maior aproximação com os movimentos sociais e ou instâncias de controle social.

Outra questão que está presente nas diretrizes pedagógicas da CNRMS é a necessidade de aproximação entre os diferentes processos de formação em saúde que convivem no mesmo espaço físico sem conseguir integrar-se, por isso a criação do indicador que avalia a integração da Residência Multiprofissional com os outros processos de formação que ocorrem no âmbito dos serviços. Essa integração tem como *lócus* o trabalho no SUS e tem sido alvo de diferentes programas e políticas por parte do Ministério da Saúde e do MEC, tendo por finalidade a busca da integralidade da atenção e do cuidado e a reorientação do modelo assistencial.

A estrutura “sistema de avaliação” consiste em uma das estruturas encontradas nos projetos político-pedagógicos e propõe como indicadores de avaliação: a avaliação discente, a avaliação docente, a avaliação dos cenários de prática/serviços e a autoavaliação do programa. Nesta estrutura, os indicadores objetivam examinar como o sistema de avaliação do programa de residência explicita as diversas estratégias de avaliação envolvendo residentes, corpo docente, coordenação, gestão, usuários e os profissionais que atuam nos serviços.

A estrutura de 2º nível do projeto político-pedagógico no modelo estrutural-sistêmico apresentou duas estruturas no 3º nível, enquanto a matriz estrutural adaptada para programas

de RMSF, a partir da análise dos projetospolítico-pedagógicos de Sobral e Fortaleza, apresentou nove estruturas no 3º nível. Isso se deveu à especificidade do objeto “Residência Multiprofissional em Saúde da Família”.

Quadro 2 - Estrutura Gestão do Programa

ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NIVEL	3º NIVEL	NOME	DESCRÍÇÃO
CURSO	2. Gestão	2.1 Coordenação do Programa	2.1.1 Função Administrativa da Coordenação	Avalia a capacidade da Coordenação em gerenciar os aspectos administrativos, burocráticos e legais referentes à função.
			2.1.2 Função Pedagógica da Coordenação	Avalia a capacidade da Coordenação em gerenciar as questões pedagógicas do Programa.
			2.1.3 Função Política da Coordenação	Avalia a capacidade de negociação e articulação com o quadrilátero da formação em saúde.
		2.2 De Pessoas	2.2.1 Plano de capacitação docente	Compara o previsto e o realizado no plano de capacitação docente no programa de RMSF.
			2.2.2 Satisfação docente com o Programa	Avalia a satisfação do corpo docente com o programa de RMSF
			2.2.3 Processo seletivo e de contratação de docentes	Avalia o processo de recrutamento, seleção e contratação do corpo docente a partir de métodos e técnicas adotadas e dos seus resultados.
		2.3 Participação na Gestão	2.3.1 Funcionamento da COREMU	Avalia o funcionamento e a atuação da COREMU enquanto instância deliberativa de cogestão do programa de RMSF.
			2.3.2 Existências de outros espaços de cogestão	Avalia o funcionamento e a efetividade de espaços informais de cogestão do programa de RMSF.

Fonte: Lima (2008)

A estrutura de gestão no modelo estrutural-sistêmico de Lima (2008) – Quadro 02 –, contém nove estruturas de 3º nível, e seus indicadores avaliam a gestão do curso em seus diversos aspectos, desde a gestão de processos, pessoas, finanças, tecnologias, *marketing* institucional, participação na gestão, inovação, coordenação pedagógica e administrativa e infraestrutura institucional.

Na adaptação para os Programas de Residência Multiprofissional, recorreu-se ao que está preconizado na minuta das diretrizes pedagógicas da CNRMS (BRASIL, 2011), e as resoluções da CNRMS, pois percebeu-se que parte significativa desta estrutura proposta por Lima (2008) não se adequava ao objeto “Residência Multiprofissional em Saúde da Família”.

Ao sistematizar a estrutura de 2º nível “Gestão”, foram formuladas três estruturas no 3º nível: coordenação do programa; gestão de pessoas e participação na gestão. Na estrutura coordenação do programa, criaram-se 3 (três) indicadores que versam sobre as funções administrativa, pedagógica e política da coordenação.

Ainda no 3º nível, encontra-se a estrutura “gestão de pessoas”, em que é avaliada a situação do corpo docente em relação ao plano de capacitação, satisfação com o programa e o processo de recrutamento, seleção e contratação do corpo docente. Aqui foram mantidos alguns indicadores propostos por Lima (2008), e criados outros pela pesquisadora que correspondessem à especificidade do objeto em estudo. O tema gestão de pessoas é bastante presente na saúde, devido à precarização das relações de trabalho em tempos de reestruturação produtiva.

Por fim, a estrutura “participação na gestão” relaciona-se com as instâncias de gestão normatizada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, como a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), que é obrigatório a todo programa instituir, como também avalia a existência de outros espaços informais de cogestão do programa, como roda docente e roda de residentes, a depender do formato de cada curso.

Quadro 3 - Estrutura Contexto do Programa

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO		INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS		
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRÍÇÃO
CURSO	3.Contexto	3.1 Social	3.1.1 Acompanhamento do Egresso do Programa de RMSF	Explicita e Avalia os mecanismos de acompanhamento dos egressos da residência no mercado de trabalho.
			3.1.2 Responsabilidade Social do programa de RMSF	Avalia as ações de responsabilidade social realizadas junto à comunidade local.
		3.2 Político	3.2.1 Percepção do egresso sobre o Programa de RMSF	Avalia a percepção do egresso sobre a qualidade da formação ofertada pelo o Programa.
			3.2.2 Percepção da gestão sobre o Programa	Avalia a percepção da gestão sobre a efetividade da formação para a reorganização da atenção.
			3.2.3 Percepção dos profissionais da ESF sobre o Programa	Avalia a percepção dos profissionais da ESF sobre a contribuição da formação para qualificação das práticas e sua repercussão no serviço.
			3.2.4 percepção dos usuários/comunidade e/ Controle social sobre o programa	Avalia a percepção dos usuários/comunidade sobre a contribuição da formação em residência para a melhoria da qualidade da atenção na ESF.
		3.3 Organizacional	3.3.1 Organização do serviço	Avalia o impacto da Residência na melhoria da organização do serviço na ESF.
			3.3.2 Práticas inovadoras	Avalia a sistematização de novas práticas no âmbito da ESF a partir da inserção do Programa de Residência.

Fonte: Lima (2008)

A estrutura contexto adaptada do modelo estrutural-sistêmico, de Lima (2008) – Quadro 03 –, encontra-se no 2º nível e aponta quatro estruturas no 3º nível: social, político, econômico e jurídico. Avalia a relação do curso com os diversos contextos que o compõe, inclusive com a comunidade de seu entorno; avalia sua cota de responsabilidade social com a comunidade em geral, a credibilidade junto à sociedade, ao mercado de trabalho, entre outras.

Na adaptação para a residência, foram mantidas as estruturas de contexto social e a política e acrescentadas a organizacional, excluindo as estruturas jurídicas e econômicas, por estarem mais condizentes com a realidade de um curso de graduação em Administração em faculdades isoladas e privadas, não se mostrando exequíveis em nível de Residência Multiprofissional em Saúde.

A estrutura de 3º nível contexto social está relacionada ao acompanhamento do egresso da residência e avalia a relação do curso com a comunidade em ações de responsabilidade social, remete a uma concepção de estar na comunidade não somente como espaço de aprendizagem, mas de troca e de corresponsabilização sanitária e social.

A estrutura contexto político, no 3º nível, remete ao programa se permitir ser avaliado por egressos, pela gestão do sistema de saúde, pelos profissionais da estratégia saúde da família, por usuários, comunidade, instâncias de controle social, e tantos outros que se fizerem necessários. É um exercício de se deixar avaliar por quem sofre as ações do programa, de democratização da formação, envolvendo o que Ceccim e Feuerweker (2004) denominam de quadrilátero da formação.

A estrutura contexto organizacional, foi sistematizada pela pesquisadora pensando em contemplar a avaliação do impacto da residência na geração de novas tecnologias no âmbito da saúde da família, e a contribuição da residência na adoção de práticas inovadoras nos serviços (BRASIL, 2011), bem como, dimensionar o impacto da residência na reorganização do serviço e do processo de trabalho das equipes, e na reorientação do modelo de atenção à saúde, como almejado pela legislação que instituiu a formação em Residência Multiprofissional em Saúde.

Quadro 4 - Estrutura Currículo do Programa

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO
CURSO	4.Currículo do Programa	4.1 Planejamento e Organização Curricular	4.1.1 Integração curricular do Programa	Avalia a integração curricular do Programa com as diretrizes curriculares da CNRMS, do SUS e ESF.
			4.1.2 Blocos de conteúdos do Programa	Avalia o grau de importância, a aplicabilidade e a flexibilidade dos conteúdos definidos no currículo do Programa.
			4.1.3 Integração entre os diferentes conteúdos	Avalia a integração entre os diferentes conteúdos do Programa de RMSF.
		4.2Atualização Curricular	4.2.1 Presença de Currículo Informal e Oculto no programa	Avalia, no cotidiano da formação, a presença do currículo informal e oculto (regras não explicitadas, mas que exercem influência nas relações de ensino-aprendizagem; conteúdos não previstos) no Programa de RMSF.
			4.2.2 Flexibilidade curricular do Programa	Avalia a flexibilidade do Programa em se ajustar as necessidades do campo da ESF e das necessidades locais.

Fonte: Lima (2008)

A estrutura currículo do programa proposta pelo modelo estrutural-sistêmico – Quadro 04 – é composta de duas estruturas no 3º nível: planejamento e organização curricular e atualização curricular. Ambas avaliam a dinâmica curricular do programa, integração de

disciplinas, conteúdos, currículo oculto e informal. Para efeito de adaptação às residências multiprofissionais, manteve as estruturas do 3º nível, alterando apenas os indicadores para aproxima-los do objeto de pesquisa.

A estrutura “planejamento e organização curricular” adaptada procura avaliar a integração curricular do programa de residência com as diretrizes pedagógicas da CNRMS com os princípios do SUS e com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Também busca avaliar o bloco de conteúdos em sua importância, aplicabilidade e flexibilidade e a possível integração entre os diferentes conteúdos. Neste aspecto, os dois programas parecem ter optado por conteúdos considerados transversais que devem permear toda a formação.

A outra estrutura do 3º nível é a “atualização curricular”, que verifica a presença de currículo oculto e informal no cotidiano da formação e a flexibilidade curricular do curso. No processo de adaptação, foi mantida esta estrutura por compreender a necessidade de verificar a existência de currículo oculto ou informal no cotidiano do programa e da flexibilidade em se ajustar as necessidades oriundas do processo de trabalho dos residentes no campo da ESF, do núcleo de cada profissão e das necessidades locais.

Quadro 5 - Estrutura Pesquisa do Programa

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO
CURSO	5. Pesquisa	5.1 Produção Científica do Programa	5.1.1 Qualidade dos Projetos de pesquisa	Avalia a qualidade dos projetos de pesquisa desenvolvidos pelo programa de RMSF através da percepção de docentes, residentes e gestores envolvidos.
			5.1.2 Evolução da produção científica do programa	Avalia a produção científica de tutores, preceptores e residentes, em termos qualitativos e quantitativos.
			5.1.3 Artigos publicados pelo Programa	Mede a quantidade e a qualidade de artigos publicados por tutores, preceptores e residentes em periódicos nacionais e ou internacionais.
			5.1.4 Trabalhos apresentados em eventos científicos	Mede a quantidade e a qualidade de trabalhos apresentados por tutores, preceptores e residentes em eventos científicos.
			5.1.5 Trabalho de Conclusão do Curso	Avalia os TCC produzidos pelos residentes em termos quantitativos e qualitativos.

Fonte: Lima (2008)

O Quadro 5 revela que, apesar de a Residência Multiprofissional ser uma pós-graduação *lato sensu*, o componente pesquisa não vem sendo debatido no âmbito das residências. Há, inclusive, teóricos e militantes das residências que defendem que a pesquisa não deve ser o foco dessa modalidade. Entretanto, compreende-se que não é possível

sistematizar novas práticas e saberes no campo da saúde da família sem investimento na investigação e produção científica. A escassa publicação nas bases de dados constatada nesta pesquisa evidenciou a necessidade de se trazer à tona essas reflexões.

A imersão nos cenários de prática no período da residência, coloca o residente e o corpo docente em constante contato e confronto com a realidade dos serviços de saúde e do próprio SUS, o que inevitavelmente exige uma postura de implicação com o processo como um todo, para além meramente da formação. Isso em si já provoca uma abertura à investigação e à reflexão sobre o real, por isso a opção de inclusão da estrutura pesquisa nas estruturas essenciais de avaliação das residências multiprofissionais em saúde da família.

No modelo estrutural-sistêmico, a “estrutura pesquisa e extensão” encontra-se no 2º nível, sendo separadas no 3º nível para efeito de avaliação. Na adaptação permaneceu apenas a estrutura “pesquisa”, visto que a estrutura extensão não se aplica a modalidade residência, pois a mesma já ocorre nos serviços e nas comunidades.

A estrutura adaptada “pesquisa” gerou no 3º nível, a estrutura denominada “produção científica do programa”, que avalia a produção a partir de indicadores quantitativos e qualitativos. Os indicadores foram elaborados a partir da vivência da pesquisadora junto a programas de residência, CNRMS e movimento dos tutores e preceptores, além da pesquisa bibliográfica.

Assim, a estrutura “produção científica do programa” possui cinco indicadores que avaliam aspectos quantitativos e qualitativos da produção científica dos programas, com foco na evolução da produção científica, na quantidade e qualidade dos artigos publicados pelo corpo docente e residentes, na participação em eventos científicos e nos trabalhos de conclusão do curso.

4.3 A Validação da Matriz Curso de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Painel de Especialistas

A validação das estruturas essenciais de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada através do painel de especialistas utilizando o referencial de Struchiner, Ricciardi e Vetromille (1998) e de Kristina, Major e Vleuten (2004), trouxe os resultados que serão apresentados e discutidos a seguir.

Num primeiro momento, mostra-se, em forma de quadro, um consolidado das sugestões realizadas na matriz das estruturas essenciais, que vão desde alterações na forma, no conteúdo e até mesmo de concepções, em que são descritas as contribuições dos especialistas

e as condutas adotadas. Em outro quadro, apresenta-se uma avaliação do instrumento como um todo e sua pertinência, coerência e aplicabilidade a outros programas.

No item subsequente, analisa-se, a partir do relato dos especialistas, suas impressões e percepções acerca das estruturas validadas, e, por fim, apresenta-se a versão da matriz das estruturas validadas com as alterações acatadas a partir do painel dos especialistas.

Quadro 6 - Resumo das Sugestões apresentadas pelos residentes, corpo docente e coordenação e providências adotadas no estudo

ESTRUTURA PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO		
SUGESTÃO	SEGMENTO	PROVIDÊNCIAS
No item 1.1.1 acrescentar a expressão comunidade.	Docentes Fortaleza	Acréscimo.
No item 1.1.2 acrescentar clínica ampliada, realidade local.	Docentes Fortaleza	Acréscimo.
No item 1.1.3 substituir concepção de ensino em serviço por concepção de ensino-aprendizagem.	Docentes Sobral	Revisão e modificação
No item 1.1.4 substituir a expressão “voltadas para” por “adotadas pelas”.	Docentes Sobral	Revisão e modificação
No item 1.1.5 substituir a palavra “caracteres” por “aspectos”.	Docentes Sobral	Revisão e modificação
No item 1.2.1 acrescentar após a palavra docente a expressão “construção coletiva com corpo discente”.	Residentes Fortaleza	Manutenção do item. Não se aplica ao indicador, pois ele avalia a utilização das estratégias metodológicas por parte dos docentes.
No item 1.2.2 acrescentar após a palavra “avalia” a expressão “disponibilidade”.	Docentes Sobral	Revisão e modificação
No item 1.2.3 retirar item, está contido na estrutura currículo.	Docentes Sobral e Fortaleza	Excluído
No item 1.2.4 substituir a palavra “atingimento” por “alcance”	Docentes Sobral	Revisão e modificação.
No item 1.2.4 acrescentar um indicador de avaliação de desempenho do residente na ESF	Residentes Sobral	Acréscimo na estrutura sistema de avaliação.
No item 1.3.1 e no 1.3.2 acrescentar “conforme orientação da CNRMS” ao final da descrição do indicador.	Docentes Sobral	Revisão e modificação.
No item 1.3.1, referente ao indicador, acrescentar preceptor de território; Substituir função por competências.	Docentes Fortaleza	Manutenção do item, pois tutor é a expressão determinada pela CNRMS; Revisão e modificação.
No item 1.3.2, referente ao indicador, acrescentar preceptor de categoria; substituir função por competências.	Docentes Fortaleza	Revisão e modificação para ambas as sugestões.
Na estrutura 1.3 acrescentar um indicador de avaliação da política/ações de fixação e valorização do corpo docente	Residentes Fortaleza	Acréscimo na estrutura gestão de pessoas.
No 1.4.1, acrescentar ao final da descrição “conforme orientações da CNRMS”	Docentes Sobral	Revisão e modificação.
No 1.5.2 acrescentar ao final a frase “através da semana padrão.	Docentes Fortaleza	Manutenção do item.
No 1.5.2 alterar a redação para “explicita a carga horária e as atividades destinadas ao território, bem como, a adequação do espaço de aprendizagem”.	Docentes Sobral	Manutenção do item, e criação de um novo indicador que avalie a “estrutura e dinâmica das equipes de SF no processo de ensino-aprendizagem dos residentes.
No 1.5 criar um novo indicador que avalie a infraestrutura dos serviços	Residentes Sobral	Acréscimo.

ESTRUTURA PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO (CONT)		
SUGESTÃO	SEGMENTO	PROVIDÊNCIAS
Item 1.6 acrescentar NASF onde está escrito ESF.	Residentes Fortaleza	Manutenção da redação, pois o campo comum é a estratégia saúde da família.
Item 1.8 .3 acrescentar a expressão “participação popular”	Docentes Fortaleza	Revisão e modificação.
Item 1.8.4 substituir residência de medicina de família e comunidade por outras residências.	Docentes Sobral	Revisão e modificação.
Item 1.8.4 acrescentar indicador “plantão em rede secundária e terciária”	Residentes Fortaleza	Não incluso, pois já está contemplado no indicador rede de atenção a saúde.
Item 1.9.1 inclusão“residentes” na descrição do indicador.	Residentes Fortaleza	Revisão modificação.
Item 1.9.2 acréscimo de docentes e coordenação	Residentes Fortaleza	Revisão modificação.
Item 1.9.2 acréscimo de “construção coletiva docentes e discentes”, ao final da descrição.	Residentes Sobral	Não incluso, o indicador avalia se os docentes são avaliados pelos residentes.
Item 1.9.3 acrescentar, ao final da descrição, usuários.	Residentes Fortaleza	Revisão e modificação.
Estrutura 1.9 acrescentar indicador de avaliação técnica-humanizada.	Residentes Sobral	Acréscimo
Estrutura 1.9 acrescentar indicador que avalie atividades de território e coletivas.	Residentes Sobral	Não incluso, já contemplado no item 1.9.1 quando trata da avaliação dos diversos componentes da formação.
ESTRUTURA GESTÃO		
SUGESTÃO	SEGMENTO	CONDUTA ADOTADA
Item 2.3.2, acrescentar a expressão “formais” na descrição do indicador.	Residentes Fortaleza	Não incluso, já contemplado no item 2.3.1.
Item 2.3.2 acrescentar “roda discente”	Residentes Sobral	Não incluso, o item refere-se a qualquer espaço de cogestão.
ESTRUTURA CONTEXTO		
SUGESTÃO	SEGMENTO	CONDUTA ADOTADA
Item 3.1.1, substituir mercado de trabalho por SUS	Docentes Sobral	Não incluso, o egresso atua para além do SUS.
ESTRUTURA CURRÍCULO		
SUGESTÃO	SEGMENTO	CONDUTA ADOTADA
Item 4.1.1 Detectado repetição deste item na estrutura projeto político-pedagógico	Docentes Sobral	Mantido o item aqui e suprimido na estrutura projeto político-pedagógico.
Item 4.1.2 substituir a palavra importância, por relevância.	Docentes Sobral	Revisado e alterado.
Item, 4.2.1 e 4.2.2 Confundiu, pois acharam que currículo oculto e informal estava similar a flexibilidade do currículo.	Docentes Sobral	Mantido os dois itens, pois avaliam aspectos diferentes.
ESTRUTURA PESQUISA		
Não Houve Sugestões		

Fonte: Dados da pesquisa, ANO.

A estrutura projeto político-pedagógico, Quadro 6, foi a que recebeu maior atenção e considerações por parte dos especialistas, totalizando 28 (vinte e oito) sugestões, entre alterações, acréscimos e exclusão de itens.

Segundo Kramer (1997, p. 19) “[...] uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar. Uma proposta pedagógica é construída no caminho, no caminhar. Toda proposta pedagógica tem uma história que precisa ser contada. Toda proposta contém uma aposta.[...]”.

A definição de projeto político-pedagógico advém da compreensão de político como as “[...] opções, escolhas de caminhos e prioridades na formação do cidadão como membro ativo e transformador da sociedade em que vive” e de pedagógico, porque “[...] expressa às atividades pedagógicas e didáticas que levam a escola a alcançar os seus objetivos educacionais” (BETINI, 2005, p. 39). As dimensões política e pedagógica possuem um significado indissociável, definido como um processo permanente de reflexão em busca da efetivação das intenções do projeto.

Segundo Veiga (2003), o projeto político-pedagógico pode assumir uma função de ação regulatória ou técnica ou de uma ação emancipatória ou edificante. A primeira significa assumir o projeto político-pedagógico como um conjunto de atividades que vão gerar um produto: um documento pronto e acabado, desconsiderando a produção coletiva e a diversidade de interesses e de atores presentes. A ação emancipatória, ou edificante, significa que inovação e projeto político-pedagógico estão articulados, integrando processo e produto, por que o resultado final será um produto inovador que provocará também rupturas epistemológicas.

A elaboração de um projeto político-pedagógico não pode ser vista como mera formalidade ou burocracia, pois o mesmo traz em seu bojo concepções, imbricamentos e posicionamentos político-ideológicos que conferem identidade àquela instituição formadora e que repercute no perfil do egresso, bem como a análise de projetos político-pedagógicos precisa considerar a realidade institucional e o contexto social da qual fazem parte e sofrem influências.

Sendo as Residências Multiprofissionais um modelo contra-hegemônico que se pauta nos princípios do SUS, na cidadania e na concepção de usuário com um sujeito que deve ser dotado de autonomia, acredita-se que sua proposta político-pedagógica só possa ser pautada na concepção de inovação emancipatória e edificante, pois é nessa proposta que se encontram similaridades com a formação em residências multiprofissionais.

Os dois projetos pedagógicos utilizados como unidades de análise para identificação das estruturas essenciais de avaliação apresentam de forma clara suas intencionalidades e seu compromisso ético-político com o ideário da reforma sanitária brasileira e com os princípios do SUS e das RMS.

Na estrutura concepção educacional do programa, foram sugeridas alterações que, segundo os avaliadores, permitiriam maior clareza acerca das concepções e estariam em consonância com os princípios e diretrizes das residências multiprofissionais em saúde.

Assim, uma proposta pedagógica, materializada em projetos político- pedagógicos, não se resume a um conjunto de planos, mas traz uma intencionalidade, é situada, representa o lugar de onde fala e os valores que lhe dão sentido. A construção de uma proposta pedagógica não é a uma questão formal de escolha de conteúdos, de instrumentos e de processos de avaliação, mas é essencialmente política e ideológica, e estão presentes concepções de mundo, de homem, de educação e de sociedade. Compreender isso significa perceber que concepções e intencionalidades permeiam as propostas curriculares na educação.

Destaca-se como contribuição relevante a substituição do indicador “concepção de ensino em serviço” pela “concepção de ensino-aprendizagem”, pois apesar da modalidade residência ser definida, inclusive legalmente, como ensino em serviço, para um processo de avaliação de um programa educacional, a concepção de ensino-aprendizagem se mostra mais coerente e abrangente.

No entanto, sendo a RMS modalidade de formação em serviço é preciso que esta compreensão esteja clara no momento de formulação da avaliação, assim reitera-se a afirmação de Ceccim e Feuerweker (2004) de que só através da educação em serviço é possível pensar um sistema de saúde baseada na integralidade, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento de problemas reais de cada equipe, ou seja, pensar o processo de ensino-aprendizagem com foco na educação em serviço.

Todas as outras sugestões de alterações, nesta estrutura, foram acatadas, por serem consideradas pertinentes, pois se tratam de questões do campo conceitual que devem perpassar a proposta pedagógica dos programas, mas, principalmente, devem estar fundamentadas em uma concepção ampliada de saúde e em constante diálogo com os princípios e diretrizes do SUS, pois segundo Oliveira (2009, p.76) “[...] a Residência Multiprofissional em Saúde apresenta-se não apenas como uma iniciativa de formação técnica, mas como um importante movimento político e de ordenação social para a garantia da consolidação do SUS”.

A estrutura “estratégias educacionais” recebeu algumas sugestões de alterações na descrição dos indicadores, assim como a retirada do indicador “integração curricular”, que já está contido na estrutura currículo, e o acréscimo do indicador de avaliação de desempenho do residente, o qual já está contemplado na estrutura “sistema de avaliação”.

A estrutura “corpo docente” recebeu sugestões de alterações quase que exclusivamente na descrição dos indicadores, referente à substituição da expressão “função” por “competências” para a tutoria e preceptoria. Também foi sugerido acrescentar à tutoria a expressão *preceptoria de território*, como é designado no programa de Fortaleza, o que não foi considerado pertinente, pois tutoria é uma definição que está contida na legislação das residências e nacionalmente normatizada entre os programas e pela CNRMS. Outra sugestão foi a criação de mais um indicador que avaliaria a política de incentivo a permanência do corpo docente ao programa, pois foi alegado que há dificuldades em fixar os docentes devido à situação de precarização das relações de trabalho.

Segundo a minuta de resolução das diretrizes pedagógicas para programas de RMS (BRASIL, 2011), a definição da tutoria se dá no nível de campo

Corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada a discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (BRASIL, 2011).

O tutor de núcleo corresponde “[...] à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes” (BRASIL, 2011).

Entretanto, nos projetos pedagógicos analisados, permanece a função docente de tutoria compreendida enquanto o docente responsável pela articulação do processo ensino-aprendizagem na perspectiva do campo do cuidado, defendida por Campos (2000) como espaço de diálogo entre os diferentes saberes e práticas das diversas categorias que compõem as equipes multiprofissionais das residências.

Não foi identificada nos projetos políticos-pedagógicos a função de tutoria de núcleo, como preconizado pela minuta da CNRMS (BRASIL, 2011). O que prevalece é o preceptor como aquele que se preocupa com o núcleo, a especificidade de cada categoria, mas sempre tentando articulá-lo com a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, e não meramente como definido pelo mesmo documento em que “[...] caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas desenvolvidas pelos os residentes nos serviços de saúde” (BRASIL, 2011),

o que demonstra uma visão reducionista da função de preceptoria, pois a experiência tem evidencia do que a função do preceptor também envolve aspectos teóricos e teórico-práticos.

Segundo Parente (2008):

[...] tutores e preceptores mediam relações, facilitam a inserção nos territórios e criam um ambiente metodológico que potencializa a aprendizagem e o trabalho interdisciplinar". Assim, as ações que melhor expressariam as funções de tutores e preceptores, seriam "aqueles que ajudam a construir caminhos, apoiam, medium (PARENTE, 2008, p. 51).

Em relação à estrutura corpo discente que trata dos residentes, apenas foi sugerido que acrescentasse ao final da redação do indicador que trata da definição e atribuições dos residentes, a expressão, "conforme orientações da CNRMS", o que revela a preocupação de que os programas procurem pautar-se nas regulamentações do órgão regulador desta formação.

Na estrutura "cenários de aprendizagem", os especialistas identificaram aspectos importantes que não haviam sido contemplados pelos indicadores construídos, e sugeriram a criação de dois novos indicadores. O primeiro deveria permitir a avaliação da infraestrutura dos serviços que se constituam como cenários de aprendizagem, o que foi considerado relevante e acrescido. O outro foi a criação de um novo indicador que avaliasse a estrutura e dinâmica das equipes de Saúde da Família no processo de ensino-aprendizagem dos residentes.

Esses dois aspectos foram considerados como questões que afetam o processo de ensino-aprendizagem dos residentes e que têm sido negligenciados nos processos de avaliação dos programas. Segundo Schaedler (2010), na oficina sobre avaliação, promovida pela CNRMS, no 3º Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, ocorrido em Brasília no ano de 2008, os participantes propuseram a criação de eixos estruturantes de avaliação que permitissem entender aspectos como oferta de vagas, a infraestrutura, as questões pedagógicas, de realidade social, as questões políticas, os avanços e as dificuldades encontradas e produzidas pela e na residência.

De uma forma geral, o processo de avaliação das residências tem assumido um caráter heterogêneo, que irá variar de programa para programa, conforme explicita Santos (2010) em sua dissertação, onde avalia dois programas a partir de seus projetos pedagógicos e conclui que "[...] os próprios entrevistados identificam uma lacuna, quando percebem que os profissionais mais diretamente ligados aos residentes, no cotidiano do trabalho, não são avaliados" (SANTOS, 2010, p.79).

Quanto à estrutura “estratégias de aprendizagem multiprofissional e interdisciplinar”, houve uma única solicitação de alteração, mas que considero extremamente relevante discutir. Na descrição dos indicadores desta estrutura, utilizei a expressão campo comum Estratégia Saúde da Família para designar o que Campos (2000, p.220) denominou, referindo-se à saúde coletiva, como sendo “[...] um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”. Na validação foi sugerido acrescentar NASF a ESF, como se os dois fossem campos de atuação.

A solicitação de acrescentar a expressão NASF à ESF causou-me inquietação, por compreender que o NASF é uma estratégia de inserção da multiprofissionalidade na saúde da família, e que inclusive possui diretrizes (BRASIL, 2008) coerentes com a atenção básica, mas não pode ser considerado um campo, como preconizado por Campos (2000). Aqui, o campo é a saúde da família como estratégia organizadora da atenção básica e tensionadora para a composição da rede de atenção integral a saúde no Brasil.

Quando a ESF é proposta como campo de saberes e práticas, tomei como referência a definição de Feuerwerker (2008), em que a expressão “campo” é assumida como o campo do cuidado que não pertence a nenhuma categoria profissional e nem é exclusivo das profissões da saúde, é da “ordem da produção da vida”. É esse campo que ela coloca como o território nobre de aprendizagem das residências multiprofissionais, pois é a partir dele que surgem os “pedidos” específicos aos núcleos profissionais para a produção de atos de saúde com base na integralidade, que somente a combinação de diferentes saberes tecnológicos específicos e articulados podem produzir.

A estrutura integração ensino-serviço-comunidade recebeu apenas 3 (três) sugestões de acréscimos. A primeira foi acrescentar a palavra participação popular no indicador 1.8.3, que trata da articulação do programa com os movimentos sociais, pois os avaliadores acharam que movimentos sociais e controle social não eram suficientes para contemplar a articulação com a comunidade, sendo acatado por compreender-se que ampliaria a compreensão do indicador.

A Residência Multiprofissional em Saúde parte do princípio que necessita dialogar com outros atores, como o serviço, a comunidade, os usuários, e sendo ela um dispositivo de educação permanente, Ceccim (2005), advoga que

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva capacidade de crítica, bem como, produzir sentidos, autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005, p. tal).

Discutir integração ensino-serviço-comunidade no âmbito da Residência Multiprofissional significa aproximar a formação das reais necessidades dos serviços e da população. Através da educação em serviço é possível pensar um sistema de saúde baseado na integralidade, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento de problemas reais de cada equipe (CECCIM, 2005).

Outra questão apontada foi a substituição da expressão *residência de medicina de família e comunidade*, no indicador 1.8.4, por outras residências, o que também foi prontamente acatado. A articulação dos vários processos de ensino na saúde, tendo como cenários de aprendizagem os serviços de saúde, têm mobilizado os diversos atores envolvidos na educação em saúde, por compreenderem a importância dessa integração, tanto curricular como na prática dos serviços, por isso a própria CNRMS tem estimulado que haja a “[...] articulação do programa com outros programas de residência da instituição, incluindo a médica e com os cursos de graduação e pós-graduação” (BRASIL, 2011). A Educação Permanente em Saúde considera o espaço de trabalho como *lócus* privilegiado de aprendizagem e potencializador das mudanças no modelo de atenção à saúde, por isso defende uma relação orgânica entre todos os processos de formação que tem como território, os serviços de saúde, como enfoca Ceccim:

A introdução da Educação Permanente seria estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, gestão, atenção, formulação de políticas e controle social no setor saúde. Assim como estabeleceria ações intersetoriais oficiais e regulares, submetendo os processos de mudança na graduação, residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2005, p.164).

Em relação à proposta de acrescentar o indicador “plantões em rede secundária e terciária”, considerou-se já contemplado na estrutura cenários de aprendizagens e no indicador atividades em rede de atenção em saúde.

A estrutura sistema de avaliação recebeu sugestões de 6(seis) alterações significativas e que comungam como uma concepção ampliada de avaliação, onde todos os envolvidos devem participar. Assim, no indicador avaliação da aprendizagem discente, os residentes sugeriram acrescentar a participação dos residentes na avaliação, o que já é preconizado, mas na descrição do indicador não havia ficado claro. No indicador subsequente, a mesma observação foi feita, agora com acréscimo da coordenação e corpo docente. No indicador avaliação do cenário de prática/serviços, foi sugerida a inclusão da avaliação dos usuários, e por fim, a sugestão da criação de um novo indicador que contemplaria a avaliação técnica-

humanizada dos residentes, onde eles seriam avaliados não só tecnicamente, mas em seu componente humano ou de humanização.

Na tese de Schaedler (2010, p.151) é destacado que a avaliação das residências multiprofissionais precisa ser abrangente, “[...] incluir a avaliação interna, realizada pelo próprio curso/programa, assim como, a avaliação externa e deve prever a inclusão de diversos atores: gestão, controle social, trabalhadores, usuários e egressos”.

A estrutura “gestão” do programa recebeu duas observações referentes ao mesmo indicador, “existência de outros espaços de cogestão”, que não foram consideradas pela pesquisadora porque representam um desconhecimento acerca das instâncias de cogestão dos programas. A sugestão de acrescentar ao indicador a expressão “formais”, que tenta identificar a existência de espaços informais de cogestão, demonstra o desconhecimento da legislação das residências multiprofissionais, que já determina a COREMU como espaço formal. A intenção do instrumento é avaliar a existência de outras instâncias para além do que está preconizado.

A outra sugestão foi acrescentar neste mesmo indicador a expressão “roda discente”, fato que é peculiar ao programa de Sobral e Fortaleza, o que talvez não reflita outras realidades. Pensando em aproximar as estruturas essenciais de avaliação identificadas ao maior número de programas possíveis, procurou-se evitar descrições que remetesse às situações muito específicas, como a citada acima.

No tocante a estrutura “contexto”, ocorreu uma única sugestão, que propunha substituir a redação do indicador acompanhamento do egresso do programa de Residência Multiprofissional, onde se lê “mercado de trabalho” para “SUS”, numa clara compreensão que a residência forma para o SUS; sugestão aceita, pois a análise do perfil de atuação profissional dos egressos das cinco turmas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral (1999 a 2005), realizada em 2008, constatou que a maioria atuava diretamente na ESF nos segmentos da atenção, gestão e formação ou articuladas com ela (DIAS *et al*, 2008).

No processo de validação, a estrutura “currículo” recebeu apenas uma sugestão de alteração de redação, que seria a substituição da palavra “importância” por “relevância”, no indicador blocos de conteúdo do programa, fato que não trouxe significativas mudanças à proposta inicial. Entretanto, duas questões levantadas ajudaram o instrumento como um todo. Uma delas foi a identificação que havia um indicador que se repetia nesta estrutura e no projeto político-pedagógico, com o indicativo da permanência apenas nesta estrutura, o que

foi prontamente aceito. Outra questão foi a dificuldade dos avaliadores em entender a diferença entre currículo informal e currículo oculto. Para os mesmos, tratava-se de sinônimos e deveriam fazer a opção de utilizar apenas uma das expressões. Preferiu-se manter as duas expressões por compreender que, segundo Silva (1999, p.78), o “[...] currículo oculto é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que sem fazer parte do currículo oficial explícito, contribuem de forma implícita para aprendizagens sociais relevantes”. O que currículo oculto propicia são aprendizagens no campo das atitudes, valores e comportamentos. E currículo informal, segundo Tavares *et al* (2007), é composto pelo conjunto de experiências de formação buscadas pelos estudantes no interior da própria instituição.

Situação que considerada reveladora, em se tratando de uma especialização *lato sensu*, foi a “estrutura pesquisa” não receber nenhuma sugestão por parte dos dois painéis de especialistas. Na pesquisa bibliográfica, apenas Schaedler (2010) cita como pertinente avaliar o fomento à pesquisa nos programas de residência, e na minuta das diretrizes pedagógicas encontra-se referência a pesquisa em seu artigo 9º onde recomenda aos docentes:

Estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS (BRASIL, 2011).

Afora essas duas fontes, há um vazio acerca desta questão, o que leva a inferir que é uma temática ainda pouco discutida no âmbito dos programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, talvez consequência da maior ênfase na intervenção.

Quadro 7 -Análise Geral do Instrumento

QUANTO À FORMA				
	R1	R2	D1	D2
1. O instrumento apresenta formato (layout) de fácil compreensão?	SIM	SIM	SIM	IM
2. A linguagem utilizada está adequada e pertinente?	SIM	SIM. A linguagem não está adequada para público extra residência.	SIM. Mas necessita a substituição de alguns termos.	IM
QUANTO AO CONTEÚDO				
	R1	R2	D1	2
1. As estruturas essenciais apresentadas podem ajudar na formulação de um modelo de autoavaliação de programas de RMSF?	SIM	SIM	SIM. Contempla os aspectos pedagógicos, sociais e de gestão.	IM
2. As estruturas essenciais de avaliação apresentadas podem ser utilizadas em outros programas de RMSF?	SIM	SIM, exceto demais residências em saúde.	SIM, pois utiliza terminologias generalistas.	IM
3. Diante de uma proposta de um modelo de autoavaliação, as estruturas essências identificadas contemplam o quadrilátero da formação?	SIM	SIM	SIM	IM
4. Há coerência entre os níveis das estruturas, indicadores e descrição dos indicadores?	SIM	SIM	SIM	IM
5. As estruturas e seus indicadores identificados estão de acordo com as diretrizes propostas pela CNRM para programas de RMSF?	SIM	NÃO SEI	SIM	IM
6. As estruturas essenciais estão em consonância com os princípios do SUS e da Estratégia Saúde da Família?	SIM	SIM	SIM	IM
7. O modelo de autoavaliação apresentado parte de uma concepção de avaliação voltada para a especificidade das residências multiprofissionais?	SIM	SIM	SIM	IM
8. A proposta de estruturas essenciais apresentadas atende a necessidade de autoavaliação de programas de RMSF?	SIM	SIM	SIM	IM
9. O modelo de autoavaliação contempla os principais aspectos de um programa de educação em serviço?	SIM	SIM	SIM	IM
10. As estruturas essenciais identificadas contemplam a relação campo e núcleo presentes na formação RMSF?	SIM	SIM	SIM	IM

Fonte: Dados da pesquisa, ANO.

***Legenda**

R1 – Residentes de Sobral

D1 – Docentes e Coordenação de Sobral

R2 – Residentes de Fortaleza

D2 – Docentes e Coordenação de Fortaleza

O Quadro 7 foi utilizado para que os especialistas pudessem avaliar o instrumento apresentado considerando os aspectos *forma* e *conteúdo*. Além deste quadro, foi disponibilizado outro, onde eles poderiam colocar as sugestões de alterações no instrumento e tecer considerações sobre as questões acima. O mesmo não se mostrou exequível, pois não foi preenchido pelos avaliadores que consideraram desnecessário.

Nos itens referentes à forma, o instrumento foi considerado como adequado e obteve 100% de concordância, tanto na adequação do formato, ou *layout*, como na linguagem, apesar da ressalva por parte dos residentes de Fortaleza que não estaria adequada ao público extrarresidência, como usuários e profissionais dos Centros de Saúde da Família. Avaliação que foi considerada como correta; entretanto, o instrumento foi pensado apenas para especialistas, aqui definidos para essa pesquisa como coordenação do programa, docentes e residentes.

A análise do conteúdo foi pensada para que os especialistas avaliassem a coerência e a pertinência das estruturas identificadas e adaptadas com a concepção de formação em serviço e com todo o arcabouço jurídico-legal e teórico das residências multiprofissionais em saúde, além da adequação à referida modalidade de formação e principalmente, à possibilidade de extensão a outras realidades.

Nos itens 1 ao 4, procurou-se investigar a adequação das estruturas essenciais de avaliação de programas de RMSF, apresentadas no instrumento, à formulação de um modelo de autoavaliação, a possibilidade de utilização das mesmas em outros programas a nível de Brasil, e a consonância com o quadrilátero da formação em saúde, bem como, a existência de coerência entre as estruturas, os indicadores e suas descrições. Os especialistas assinalaram sim em todos eles, com 100% de concordância.

O item 5 é referente a questão sobre se as estruturas e seus indicadores identificados estão de acordo com as diretrizes propostas pela CNRM para programas de RMSF? Obteve-se três *sim* e um *não sei*, colocado pelos residentes de Fortaleza, demonstrando que os mesmos desconhecem as diretrizes pedagógicas propostas pela CNRMS, o que não é privilégio somente deles, pois ainda encontra-se em forma de minuta, o que com certeza contribuiu para o desconhecimento dessas diretrizes.

Foi solicitado aos especialistas, no item 6, que avaliassem se as estruturas essenciais estavam em acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da ESF. Essa questão é relevante, pois, como demonstrou a pesquisa bibliográfica, a Residência Multiprofissional em Saúde precisa dialogar permanentemente com os princípios do SUS e da ESF. Segundo Pasini e

Guareschi (2008), a RMS é um importante dispositivo de produção de um profissional de saúde mais comprometido com os princípios e diretrizes do SUS, possibilitando a constituição de um novo sujeito trabalhador de saúde do SUS.

Outro aspecto imprescindível de ser avaliado em relação às estruturas propostas é se as mesmas estavam voltadas para a realidade e especificidade das residências, pois o modelo estrutural-sistêmico proposto por Lima (2008) teve como objeto o curso presencial de graduação de Administração Geral ou de Empresas em faculdades isoladas e privadas. No item 7, fazia-se necessário avaliar se o processo de adaptação havia conseguido dar conta da especificidade do objeto “Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará” e todas as suas diferenças com o objeto que deu origem ao modelo estrutural-sistêmico.

De uma maneira geral, os especialistas consideraram as estruturas apresentadas para a validação como coerentes com o que se espera de uma formação em Residência Multiprofissional, como aponta Ferla e Ceccim (2003, *apud* LOBATO, 2010, p.34), uma formação idealizada para desencadear processos que tragam humanização, acolhimento, responsabilização para com o usuário, ação multiprofissional e integral, resolutividade nos serviços de saúde e produção de autonomia no cuidado.

A preocupação se as estruturas adaptadas atenderiam à necessidade de autoavaliação dos programas foi o objetivo do item 8, onde todos responderam que sim. O que leva a supor que as cinco matrizes apresentadas contemplam os aspectos relevantes a serem considerados em um modelo de autoavaliação das residências multiprofissionais em saúde da família.

Os itens 9 e 10 se complementam, pois ambos investigam a organicidade entre as estruturas apresentadas e validadas e os princípios norteadores da formação em serviço, bem como, a “novidade” da formação multiprofissional, a relação campo e núcleo. Em ambos, os avaliadores consideraram que o instrumento apresentava coerência com a formação em Residência Multiprofissional e deu conta da relação campo e núcleo.

4.3.1 Considerações dos especialistas

Nos painéis, ao final da validação das estruturas, foi realizado um momento de partilha que os especialistas podiam falar suas impressões sobre a matriz e outras questões que considerassem pertinentes, para isso, a pesquisadora convidava-os a partilhar suas opiniões através de uma frase geradora, em que se pedia aos dois grupos, docentes e residentes, que em

plenária, tecessem considerações sobre a matriz validada. Esse momento teve como objetivo levantar opiniões sobre o instrumento validado, captando impressões, percepções que complementariam o momento de validação, trazendo à tona questões que somente a validação não traria.

Nesse momento de partilha, foi possível identificar questões que se repetiram nos dois painéis, assim como situações singulares de cada grupo de especialistas que, através da análise temática, (MINAYO, 2008), possibilitou a categorização dos seguintes itens:

4.3.1.1 Reflexão ou avaliação sobre o próprio programa

“Foi um exercício gostoso, porque a gente foi fazendo a avaliação do programa, os meninos foram dizendo: a gente ta avaliando a residência, é a gente realmente ficou “avaliando o programa” (Residente 3).

“De certa forma, quando a gente ia fazendo a avaliação, a gente ia avaliando o programa, ai dizia: peraí (*sic*) gente não é hora de ir avaliando o programa, é hora de ir avaliando o instrumento” (Residente 5).

“Na hora que eu estava fazendo o instrumento, era como se eu estivesse trilhando a caminhada da residência multi até chegar a avaliação” (Docente E).

A autoavaliação institucional deve ter um caráter pedagógico e de autorregulação, “[...] deve buscar compreender a cultura e a vida de cada instituição em suas múltiplas manifestações” (SINAES, 2007, p.109). É um processo essencialmente social e coletivo, que busca produzir conhecimentos sobre a instituição para transformá-la.

No modelo estrutural-sistêmico, a autoavaliação de um curso significa amplo

[...] processo de autorreflexão sobre as suas estruturas essenciais e sistemas componentes, a partir da atuação avaliativa dos seus *stakeholders*[...] sob a normatividade de princípios de autoavaliação construídos e ou aperfeiçoados por essa comunidade institucional [...] e por um contrato de autoavaliação estruturado em indicadores de desenvolvimento educacional e institucional, de cunho quantitativo e/ou qualitativo (LIMA, 2008, p.356).

O contato com a matriz das estruturas essenciais de avaliação possibilitou um exercício de avaliação do programa de forma quase imediata, o que de certa forma revela a adequação da proposta aos programas avaliados e a pertinência da matriz validada.

4.3.1.2 Contribuições das estruturas de avaliação para o aperfeiçoamento dos programas

Outra fala recorrente foi a possibilidade vislumbrada pelos os avaliadores sobre a contribuição trazida pela possível criação de um instrumento de avaliação a partir das estruturas validadas dos programas, ajudando os programas a se aperfeiçoarem

“Eu acho que acaba criando um roteiro para o docente e pro discente, de como trilhar essa caminhada durante esses dois anos... se a gente conseguisse enxugar isso mais ainda, para tornar isso uma sala de situação da própria residência, ia contribuir muito no processo de avaliação... porque nossa maior dificuldade é nos indicadores de avaliação, que dá a qualidade do programa” (Docente G).

“Ele (a matriz) dá conta de nos provocar né, a gente ver o como a gente ta trabalhando e a magnitude (que o) do nosso trabalho tem alcançado, não nos cria uma ansiedade, mas abre um horizonte do como a gente tem que direcionar o nosso trabalho” (Docente H).

“E nesse sentido contempla muitos pontos e nos provoca a pensar mesmo a nossa realidade e propor as mudanças que focalizem essa realidade” (Residente 5).

A avaliação pode ser um potente dispositivo de problematização e de mudança do ensino e de acompanhamento da qualidade pedagógica de instituições e serviços. Assim, diz Scherdler (2010, p. 146), “[...] o produto mais importante do processo avaliativo é gerar mobilização pelo aperfeiçoamento educativo e organizar processos coletivos de qualificação [...]num processo permanente de melhoramento da qualidade e de fortalecimento de seu compromisso social”.

Ainda, segundo Lima (2008, p.393) o “[...] intuito da autoavaliação é uma autorreferência, uma autocrítica que visa a um desenvolvimento, embora influenciada por variáveis externas de contexto”. Dessa forma, a implantação de uma proposta de autoavaliação para os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no Ceará pode ajudá-los no aprimoramento de suas propostas pedagógicas e metodológicas.

4.3.1.3 Adequações das estruturas validadas a outros programas

Quanto à possibilidade das estruturas validadas serem aplicáveis em outras realidades,

“De uma forma geral, ele tá muito bom, consegue contemplar aspectos não só referentes à nossa residência, mas outro programa que quiser utilizar, dá para se adequar tranquilamente” (Docente A)

A aplicabilidade às outras realidades foi considerada possível, apesar dos programas possuírem particularidades regionais e de concepções, mas a existência de diretrizes mínimas por parte dos órgãos reguladores e financiadores permitem que os resultados dessa pesquisa possam ser generalizados, com o cuidado do qual nos fala Lima (2008) sobre que a atitude avaliativa-científica precisa estar contextualizada por variáveis políticas, éticas e sociais que

impactam no seu progresso e no seu resultado. Este contexto ambiental endógeno e exógeno constitui-se de variáveis teleológicas e não teleológicas que precisam ser consideradas na avaliação. Ou seja, uma avaliação estrutural-sistêmica precisa tomar em consideração o contexto no qual está inserido o objeto a ser avaliado, com suas variáveis endógenas e exógenas, teleológicas e não teleológicas.

4.3.1.4 Limitações da matriz validada segundo os especialistas

A matriz foi considerada extensa e cansativa como demonstra os depoimentos a seguir

“Apesar de que eu acho que ainda está extensa” (Docente F).

“Sobre a questão de ele ser extenso é até pertinente pela complexidade do programa, programa de residência não é uma questão fácil de relacionar, é complexa e eu acho que a isso se deve a extensão da estrutura e do instrumento” (Residente 3).

“Por ele ser muito completo, ele acaba sendo extenso, pode se tornar cansativo, de que forma de fazer para que ele seja completo sem se tornar cansativo, quando você está fazendo uma avaliação e se torna cansativo, ao final a gente não consegue dedicar a mesma atenção que dedicou no início” (Docente A).

Outra questão levantada como limitação foi a linguagem adotada, que não estaria adequada para ser utilizada com usuários e alguns trabalhadores dos Centros de Saúde da Família

“Caso haja o interesse de avaliar a partir dos usuários, esse instrumento não seria cabível utilizar com eles, nem com usuários nem com alguns profissionais dos CSF que não estão familiarizados com alguns termos como teórico-prático, teórico-conceitual, alguns conceitos que eu acho que deveriam ser demarcados” (Residente 3).

Quanto à extensão da matriz validada deveu-se a complexidade do objeto avaliado e da coerência com a matriz estrutural-sistêmica de Lima (2008). Como se tratava de avaliar junto aos especialistas a pertinência, viabilidade e coerência da matriz adaptada para Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, optou-se por apresentar as estruturas que se considerou como importantes para compor uma futura proposta de autoavaliação, e que apesar de considerada extensa no momento da validação, não foi solicitada retirada de itens, e sim inclusão de outros.

No quesito adequação da linguagem, foi adotada a linguagem utilizada no arcabouço jurídico e teórico das residências multiprofissionais. Entretanto, no momento de estruturação de um instrumento de autoavaliação, essa sugestão precisa ser considerada.

4.3.2 A matriz curso para Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família validada

**Quadro 8 – Estrutura Projeto Político
-Pedagógico - Validada**

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	Descrição
CURSO Projeto Pedagógico do Programa	1.1 Concepção Educacional do Programa	1.1.1 Concepção de Educação	Descreve as concepções de educação predominante no Programa de RMSF integrada aos princípios, crenças e valores da IES/ serviço e comunidade ao qual está vinculado.	
		1.1.2 Concepção de Saúde	Descreve concepção de saúde condizente com os princípios do SUS, clínica ampliada, realidade local (condição de saúde da população).	
		1.1.3 Concepção de ensino-aprendizagem	Descreve a concepção de ensino-aprendizagem preconizada pela CNRMS e legislação pertinente.	
		1.1.4 Concepção de Avaliação educacional6	Descreve as concepções de avaliação adotadas pelas residências multiprofissionais em saúde.	
		1.1.5 Concepção de formação em Residência Multiprofissional em saúde da família	Descreve a concepção de formação em residência multiprofissional em saúde da família abordando seus aspectos técnico, humano, social, político e ético.	
	1.2 Estratégias educacionais	1.2.1 metodologias Educacionais	Identifica e avalia a utilização e resultados das diversas estratégias metodológicas educacionais adotadas pelo corpo docente no programa de RMSF	
		1.2.2 Recursos Pedagógicos	Identifica e avalia a disponibilidade, a qualidade e aplicabilidade dos diversos recursos pedagógicos utilizados pelo corpo docente e residentes no programa de RMSF.	
		1.2.3 Alcance dos Objetivos	Avalia o alcance dos objetivos propostos pelo Programa de RMSF.	
	1.3 Corpo Docente	1.3.1 Tutoria	Explicita o conceito de tutoria e suas competências na formação em RMSF, conforme orientação da CNRMS.	
		1.3.2 Preceptoria de categoria	Explicita o conceito de preceptoria e suas competências na formação em RMSF, conforme orientação da CNRMS.	
		1.3.3 Educação Permanente para o corpo docente	Explicita e realiza ações de educação permanente para o corpo docente da RMSF.	
		1.3.4 Política de fixação Docente	Explicita política de incentivos que ajudem na fixação do corpo docente.	
		1.3.5 Qualificação do corpo docente	Explicita e oportuniza incentivos a formação do corpo docente, como acesso a mestrado, doutorado e ou participação em eventos em área de interesse da RMSF.	
	1.4 Corpo Discente	1.4.1 Residente	Explicita o conceito de residente e suas atribuições na RMSF, conforme orientação da CNRMS.	
		1.4.2 Perfil do Egresso	Defini o perfil do egresso do programa de RMSF.	
	1.5 Cenários de Aprendizagem	1.5.1 Atividades em serviço na ESF	Explicita a carga horária e a forma como se dar a formação do residente na ESF e sua articulação com as equipes de SF.	
		1.5.2 Atividades no Território	Explicita a carga horária e as atividades destinadas ao território como espaço de aprendizagem.	
		1.5.3 Atividades nas Redes de Atenção em Saúde	Explicita a carga horária destinada ao residente nas Redes de Atenção em Saúde como cenário de aprendizagem.	

			1.5.4 Atividades Teórico-Conceituais	Explicita a carga horária destinada aos momentos teóricos conceituais.
NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO (CONT.)			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	Descrição
CURSO Projeto Político-pedagógico	1.6 Estratégias de Aprendizagem Multiprofissional e Interdisciplinar (campo)	1.6.1 Atividades Teórico-Conceituais	Descreve como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais na RMSF, articulando o campo comum ESF para todas as profissões.	
		1.6.2 Atividades Práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades práticas na RMSF, articulando o campo comum ESF para todas as profissões.	
		1.6.3 Atividades Teórico-práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades teórico-práticas, articulando o campo comum para todas as profissões.	
	1.7 Estratégias de Aprendizagem para os núcleos de saberes	1.7.1 Atividades Teórico-Conceituais	Descreve como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais na RMSF, correspondente ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional.	
		1.7.2 Atividades Práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades práticas na RMSF, correspondente ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional.	
		1.7.3 Atividades Teórico-práticas	Descreve as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades teórico-práticas, correspondente ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional.	
	1.8 Integração ensino-serviço-comunidade	1.8.1 Ações de integração ensino-serviço-comunidade	Avalia a articulação de sua proposta pedagógica com o modelo de gestão municipal, a capacidade técnico-operacional instalada e as necessidades locorregionais da comunidade.	
		1.8.2 Processo educativo com foco nas necessidades da população/território	Avalia a articulação de sua proposta pedagógica com as necessidades de saúde e epidemiológicas locais.	
		1.8.3 Articulação com os movimentos sociais, participação popular e controle social do território.	Avalia a articulação do Programa de RMSF com movimentos sociais, participação social, participação popular e controle social do território.	
		1.8.4 Articulação com outras modalidades de formação no âmbito da ESF	Avalia a integração do programa de RMSF com outras modalidades de formação que ocorrem nos serviços da ESF, como ensino técnico, graduação, PET Saúde e outras Residências.	
	1.9 Sistema de Avaliação	1.9.1 avaliação da aprendizagem discente	Explicita o sistema de avaliação para o residente, informando as estratégias de avaliação dos diversos componentes da formação na modalidade RMSF, teórico-conceitual, prático e teórico-prático, por parte dos residentes, corpo docente e profissionais das ESF.	
		1.9.2 Avaliação do Residente no âmbito da ESF	Avalia o desempenho do residente semestralmente de acordo com as habilidades voltadas à ESF, garantindo o feedback ao mesmo.	
		1.9.3 Avaliação da competência técnica-humanizada dos residentes	Explicita como avalia a capacidade do residente em lidar com a realidade do território, com sensibilidade, visão crítica e resolutividade.	
		1.9.4 Avaliação docente	Explicita estratégias de avaliação do corpo docente da RMSF por parte dos residentes, docentes e Coordenação.	

		1.9.5 Avaliação do cenário de prática/serviços	Explicita estratégias de avaliação dos residentes no cenário de prática/serviços por parte dos profissionais que compõem as equipes da ESF e usuários.
		1.9.6 autoavaliação do programa de RMSF	Explicita proposta de autoavaliação do Programa de RMSF por parte dos residentes, tutores, preceptores, gestores, usuários e profissionais dos serviços.

Quadro 9 – Estrutura Gestão Validada

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	Descrição
CURSO	2. Gestão	2.1 Coordenação do Programa	2.1.1 Função Administrativa da Coordenação	Avalia a capacidade da Coordenação em gerenciar os aspectos administrativos, burocráticos e legais referentes à função.
			2.1.2 Função Pedagógica da Coordenação	Avalia a capacidade da Coordenação em gerenciar as questões pedagógicas do Programa.
			2.1.3 Função Política da Coordenação	Avalia a capacidade de negociação e articulação com o quadrilátero da formação em saúde.
			2.2.1 Plano de capacitação docente	Compara o previsto e o realizado no plano de capacitação docente no programa de RMSF.
			2.2.2 Satisfação docente com o Programa	Avalia a satisfação do corpo docente com o programa de RMSF
		2.2 De Pessoas	2.2.3 Formação de corpo docente permanente	Avalia ações e políticas que ajudem na fixação do corpo docente.
			2.2.4 processo seletivo e de contratação de docentes	Avalia o processo de recrutamento, seleção e contratação do corpo docente a partir de métodos e técnicas adotadas e dos seus resultados.
			2.2.5 Política de fixação do corpo docente	Avalia ações e políticas que auxiliem na permanência do corpo docente.
		2.3 Participação na Gestão	2.3.1 Funcionamento da COREMU	Avalia o funcionamento e a atuação da COREMU enquanto instância deliberativa e de cogestão do programa de RMSF.
			2.3.2 Existência de outros espaços de cogestão	Avalia o funcionamento e a efetividade de espaços informais de cogestão do programa de RMSF.

Quadro 10 – Estrutura Contexto validada

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRÍÇÃO
CURSO	3. Contexto	3.1 Social	3.1.1 Acompanhamento do Egresso do Programa de RMSF	Explicita e Avalia os mecanismos de acompanhamento dos egressos da residência no mercado de trabalho.
			3.1.2 Responsabilidade Social do programa de RMSF	Avalia as ações de responsabilidade social realizadas junto à comunidade local.
			3.2.1 Percepção do egresso sobre o Programa de RMSF	Avalia a percepção do egresso sobre a qualidade da formação ofertada pelo o Programa.
		3.2 Político	3.2.2 Percepção da gestão sobre o Programa	Avalia a percepção da Gestão sobre a efetividade da formação para a reorganização da atenção.
			3.2.3 Percepções dos profissionais da ESF sobre o Programa	Avalia a percepção dos profissionais da ESF sobre a contribuição da formação para qualificação das práticas e sua repercussão no serviço.
		3.3 Organizacional	3.2.4 Percepção dos usuários/comunidade/ Controle social sobre o programa	Avalia a percepção dos usuários/comunidade sobre a contribuição da formação em residência para a melhoria da qualidade da atenção na ESF.
			3.3.1 Organização do serviço	Avalia o impacto da Residência na melhoria da organização do serviço na ESF.
			3.3.2 Práticas inovadoras	Avalia a sistematização de novas práticas no âmbito da ESF a partir da inserção do Programa de Residência.

Quadro 11 – Estrutura Curriculo Validada

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO
4. Currículo do Programa	4.1 Planejamento e Organização Curricular	4.1.1 Integração curricular do programa	Avalia a integração curricular do programa com as diretrizes curriculares da CNRMS, do SUS e ESF.	
			4.1.2 Blocos de conteúdos do programa	Avalia o grau de relevância, a aplicabilidade e a flexibilidade dos conteúdos definidos no currículo do programa.
			4.1.3 Integração entre os diferentes conteúdos	Avalia a integração entre os diferentes conteúdos do programa de RMSF.
	4.2 Atualização Curricular	4.2.1 Presença de currículo informal e oculto no programa	Avalia, no cotidiano da formação, a presença do currículo informal e oculto (regras não explicitadas, mas que exercem influência nas relações de ensino-aprendizagem; conteúdos não previstos) no programa de RMSF.	
			4.2.2 Flexibilidade curricular do programa	Avalia a flexibilidade do programa em se ajustar às necessidades do campo da ESF e às necessidades locais.

Quadro 12 – Estrutura Pesquisa Validada

NÍVEIS DE ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO			INDICADORES QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS E MÚLTIPLOS	
1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	NOME	DESCRIÇÃO
CURSO	5. Pesquisa	5.1 Produção Científica do Programa	5.1.1 Qualidade dos Projetos de pesquisa	Avalia a qualidade dos projetos de pesquisa desenvolvidos pelo programa de RMSF através da percepção de docentes, residentes e gestores envolvidos.
			5.1.2 Evolução da produção científica do programa	Avalia a produção científica de tutores, preceptores e residentes, em termos qualitativos e quantitativos.
			5.1.3 Artigos publicados pelo Programa	Mede a quantidade e a qualidade de artigos publicados por tutores, preceptores e residentes em periódicos nacionais e ou internacionais.
			5.1.4 Trabalhos apresentados em eventos científicos	Mede a quantidade e a qualidade de trabalhos apresentados por tutores, preceptores e residentes em eventos científicos.
			5.1.5 Trabalho de Conclusão do Curso	Avalia os TCC produzidos pelos residentes em termos quantitativos e qualitativos.

--	--	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENCERRANDO O PERCURSO, RETOMANDO O CAMINHO

“Estas estruturas subjetivas confirmam o caráter provisório, aproximado e parcial de qualquer processo de avaliação no campo da Educação ou em qualquer outra esfera do saber científico e humano.

Estas ideias sintonizam-se com o pensamento de Gaston Bachelard e com a Era Contemporânea da Epistemologia e da Metodologia Científica, pois também aceitam a interação do sujeito com o objeto do conhecimento, consideram o erro como valor de progresso e desenvolvimento e admitem a ciência como obra humana inacabada.”

(LIMA, 2008, p. 552)

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, objeto deste estudo, adentrou o cenário da formação em saúde postulando a contra-hegemonia ao modelo de formação biomédica, curativista e individual. Entretanto, à medida que os anos foram passando, várias incertezas surgiram. Parte delas foi sendo transformada em questionamentos acerca do seu caráter inovador e de sua eficácia na produção da integralidade da atenção e do cuidado à saúde.

A ausência de normatizações e regulamentações das residências multiprofissionais desencadeou uma diversidade de propostas pedagógicas que, de certa forma, dificultam a busca de evidências quanto à sua efetividade e sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da Estratégia Saúde da Família.

Além de indefinições no campo pedagógico e metodológico, há um vazio no campo da avaliação, seja por falta de parâmetros mínimos, seja pela incipiência de métodos e instrumentais. Quanto à avaliação para residências multiprofissionais em saúde, existe segundo Schaedler (2010, p. 150), um consenso, ela deve ser “[...] dialógica, processual, participativa e formativa”. Entretanto, afirma que apesar de ser uma boa ideia, necessita de práticas e de movimentos.

O presente estudo procurou sistematizar uma proposta de estruturas essenciais de avaliação para Residências Multiprofissionais em Saúde da Família a partir do referencial estrutural-sistêmico com objetivo de subsidiar a elaboração de projetos de autoavaliação para esses programas.

Na busca de responder a questão de pesquisa que norteou este estudo, qual seja, “*Como identificar as estruturas essenciais de avaliação em Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família para uma proposta de autoavaliação?*”, a pesquisa mostrou ser possível essa identificação, o que exigiu a necessária busca pela gênese do objeto no campo teórico e jurídico. Entretanto, essa identificação poderia ter sido mais orgânica, se houvesse mais sistematizações sobre as residências multiprofissionais, inclusive sobre a avaliação das mesmas, seja do ponto de vista interno ou externo.

A análise dos projetos pedagógicos, a leitura da bibliografia levantada e da legislação mostrou a complexidade de se pensar uma proposta de avaliação para as residências multiprofissionais, pois além de se propor contra-hegemônica, precisa estar “impregnada” dos ideários da Reforma Sanitária Brasileira, como o conceito ampliado de saúde, estratégias pedagógicas e metodológicas que possibilitem a formação baseada na integralidade da atenção e do cuidado e na multiprofissionalidade, além de ser formação em serviço, o que requer processos de ensino-aprendizagem vinculados aos cotidianos do mundo do trabalho em saúde. Todas essas questões são trazidas à tona quando da discussão de uma proposta de autoavaliação para residências multiprofissionais em saúde da família.

As estruturas validadas revelaram que os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde da Família no Ceará precisam refletir em suas propostas pedagógicas, os princípios do SUS, com destaque para a integralidade. Necessitam considerar a diversidade de cenários de aprendizagem, além de tomarem em consideração a realidade institucional e a realidade locorregional, além de estabelecerem um diálogo permanente com o que foi denominado por Ceccim e Feuerwerker (2004) de quadrilátero da formação: atenção, gestão, ensino e controle social. Isto é condição *sine qua non* para que a residência se constitua como alternativa ao modelo biomédico hegemônico.

Os resultados também apontam para a necessidade de propostas de avaliação que deem conta de avaliar o processo de ensino-aprendizagem na perspectiva do núcleo e do campo, além das atividades de ensino em serviço, não se restringindo somente a atividades teórico-conceituais comumente adotadas pelos programas.

As estruturas de gestão do programa, contexto, currículo e pesquisa foram “novidades” bem aceitas pelos especialistas e trouxeram à tona situações que são pouco discutidas e avaliadas nas residências, como a produção científica, as ações de responsabilidade social realizadas junto à comunidade e a percepção dos trabalhadores e dos

usuários sobre a contribuição das residências multiprofissionais para a melhoria da qualidade da atenção na Estratégia Saúde da Família.

Com base nos relatos dos especialistas, é possível identificar que o momento da validação provocou reflexões e despertou, junto a tutores e preceptores e residentes, a necessidade de se utilizar a autoavaliação como estratégia de aprimoramento institucional e do programa. A adequação das estruturas adaptadas e validadas às realidades de outros programas também foi apontada pelos especialistas como possível. Entretanto, limitações do instrumento foram identificadas, tais como, a extensão, o que poderia torná-lo cansativo, e a linguagem utilizada foi considerada restrita ao universo das residências multiprofissionais, o que dificultaria a aplicação junto aos trabalhadores e usuários da saúde.

Quanto ao objetivo central do trabalho, que foi “elaborar uma proposta de autoavaliação para Programas de Residências Multiprofissional em Saúde da Família à luz do referencial estrutural sistêmico”, constata-se que foi plenamente atingido, de acordo com a matriz curso apresentada no item 4.3.2. Os objetivos específicos, por sua vez, também foram atingidos ao final da pesquisa, pois por meio deles é que foi possível apresentar como produto final desta dissertação uma proposta de autoavaliação para os referidos programas, tendo como referencial teórico metodológico o método estrutural-sistêmico elaborado por Lima (2008).

A adaptação e validação das estruturas essenciais de avaliação de programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no Ceará sinalizam para a relevância de uma proposta de autoavaliação das residências multiprofissionais que fuja das avaliações “tradicionalis” e que se torne um processo tão inventivo quanto se deseja das residências.

Neste sentido, é necessário ir construindo uma concepção de avaliação que, além de se propor dialógica, processual, participativa e formativa, aponte caminhos de como isso pode se materializar no cotidiano dos programas. Assim, as estruturas aqui validadas são ofertadas como possíveis caminhos a serem trilhados pelas residências, com o devido cuidado de dialogar permanentemente com a realidade na qual estão inseridas (Lima, 2008), sem perder de vista o projeto ético-político de sociedade do qual fazem parte.

Em se tratando de residências multiprofissionais, outras pesquisas fazem-se necessárias para que ajudem na busca de referenciais metodológicos de avaliações, tanto internas como externas. Por isso, os resultados desta pesquisa não se constituem como chegada, mas como partida, apontando possíveis caminhos à construção de uma proposta de

autoavaliação para programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no Ceará.

REFERÊNCIAS

BETINI, Geraldo Antônio. A Construção do Projeto Político-Pedagógico na Escola. Educ@ção – **Rev. Ped. UNIPINHAL**. São Paulo, v. 01, n.03, jan./dez., 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. **Constituição Federal Brasileira**. Brasília, 1988.

_____. **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 278, de 07 de maio de 1998**. Defini as diretrizes e estabelecimento de um Plano Estratégico de atenção à saúde do trabalhador. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, 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, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – PROJOVEM; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de junho de 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.111/GM/MS, de 05 de julho de 2005**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de julho de 2005b.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.117/GM/MEC, de 03 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministério da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de novembro de 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de novembro de 2005d.

_____. Ministério da Saúde **Portaria Interministerial nº 2.101/GM/MS, de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de novembro de 2005e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 45/GM/MS, de 12 de janeiro de 2007.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 de janeiro de 2007a.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 698/GM/MEC, 19 de julho de 2007.** Nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de julho de 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.507/GM/MS, 22 de junho de 2007.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de junho de 2007c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996/ GM/MS, 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de agosto de 2007d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 3.109/GM/MS, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de novembro de 2007e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de janeiro de 2008a.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 506/GM/MEC, de 24 de abril de 2008.** Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de abril de 2008b.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 593/GM/MEC, de 15 de maio de 2008.** Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de maio de 2008c.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.077/GM/MEC, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de novembro de 2009a.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. **Relatório do 3º Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.** Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Resolução N° 02 de 03 de abril de 2012. **Diretrizes Pedagógicas dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.** Brasília, DF, 2012.

CAMPOS, F. E. de. A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. In: **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n. 16, p. 161-77, set2004/fev 2005.

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

CECCIM, R. B.; FUERVERKER, L. C. M. Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004.

_____. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

DA ROS, Marco Aurélio *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n. 1, p. 103-111, 2006.

DIAS, Maria Socorro de Araújo, *et al.* Perfil de Atuação Profissional dos Egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Rev. SANARE**, Sobral, v.7, n.2, p.38-46, jul/dez. 2008.

FEUERWERKER, L.C.M. Campo, Núcleo e Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a construção de processos inovadores de formação e de produção do cuidado em saúde. Brasília, 2008 (documento produzido para subsidiar as discussões das câmaras técnicas da CNRMS, gestão 2008/2010).

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **ProjetoPolítico-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4^a ed., Editora Atlas, São Paulo, 2002.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 490-498, mar-abr, 2009.

KRAMER, Sônia. Propostas Pedagógicas ou Curriculares:subsídios para uma leitura crítica. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, n.60, dezembro/97.

KRISTINA, T.N.; MAJOOR, G. D.; VAN DER VLEUTEN, C.P.M. Defining Generic Objectives for Community Based Education in Undergraduate Medical Programmes. Periódico: **Blackwell Publishing Ltd Medical Education**; 38 p. 510-52, 2004.

LIMA, Marcos Antonio Martins. **Autoavaliação e Desenvolvimento Institucional na Educação Superior**: projeto aplicado em Cursos de Administração. Fortaleza: UFC, 2008.

LOBATO, Carolina Pereira. **Formação dos Trabalhadores de Saúde nasResidências Multiprofissionais em Saúde da Família:** uma cartografia da dimensão política. 2010 (Dissertação). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

LUNAS JUNIOR, Francisco José. **Opinião dos Gestores da Atenção Básica sobre os Egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** (Monografia) Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, 2011.

MARTINS, Anísia Reginatti et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: **Residências em Saúde:** fazeres e saberes na formação em saúde; FARJADO, Ananyr Porto; FRAMER, Cristiane Maria Rocha; PASINI, Vera Lucia. Porto Alegre: MS/GHC, 2010.

MARTINS, Gilberto Andrade. **Estudo de Caso:** uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. RCO- Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v.2, n.2, p. 8-18 jan./abr. 2008

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

MINAYO, M. C. DE SOUZA. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª ed., São Paulo, HUCITEC, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G. do.; OLIVEIRA, M. A. C. de. **A Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS:** considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Revista Mineira de Enfermagem 10 (4), 435-439, out-dez/2006.

_____. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Revista Saúde e Sociedade, v. 9,n. 4, p. 814-827, 2010.

NÓBREGA, S. M. N.; THERRIEN, J. **Trabalhos Científicos e o Estado da Questão:** reflexões teórico-metodológicas. Rev. Estudos em Avaliação Educacional, v. 15, n. 30, jul-dez/2004.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de. **A Residência Multiprofissional em Saúde como possibilidade de Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde.** 2009. (Dissertação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de.; GUARESCHI, N. M. F. Formação profissional para o SUS: há brechas para as novas formas de conhecimento? In: **Residências em Saúde:** fazeres e saberes na formação em saúde; FARJADO, Ananyr Porto; FRAMER, Cristiane Maria Rocha;

PASINI, Vera Lucia. Porto Alegre: MS/GHC, 2010.

PARENTE, J. R. F. **Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** In SANARE, v.7, n.2, jul./dez., 2008.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. de F. Residências Multiprofissionais em Saúde:invenção de modos de trabalhar em saúde pública e a produção de sujeitos. In: STREY, M.N. e TATIM, D.C. (org.) **Passo Fundo:** Ed. Universidade de Passo Fundo, 2008, pag.98-112.

_____. A Emergência do SUS e as Necessidades de Reconfigurações no Mundo do Trabalho em Saúde. In: GUARESCHI, N.M.F. *et al* (org.) **Psicologia, Formação, Política e Produção em Saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SANTOS, Fernanda Almeida. **Análise Crítica dos Projetos Político-Pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arrouca – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

SCHAEDLER, Lucia Inês. **Por um Plano Estético da Avaliação nasResidências Multiprofissionais:** construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas.2010. (Tese), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Tomaz Tadeu da. Quem Escondeu o Currículo Oculto. In: **Documento de Identidade:** uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte, Ed. Autêntica, p. 77-152, 1999.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria Municipal da Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **ProjetoPolítico-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família,** 2006.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria Municipal da Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **ProjetoPolítico-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família,** 2011.

STRUCHINER, M.; RICCIARDI, R. M.V.; VETROMILLE, V. P. **O Painel de Especialistas no processo de Apreciação Analítica de Sistemas Hipermídia para o Ensino de Graduação.** IV Congresso RIBIE, Brasília, 1998.

TAVARES, Carlos Henrique Falcão *et al*.O Currículo Paralelo dos Estudantes da Terceira Série do curso de Médico da Universidade Federal de Alagoas.**Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.31, n.3, Rio de Janeiro, sep./dez.2007.

RAMOS, Alexandre de Sousa et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. **Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil:** apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010

SILVA, Quelen Tanize Alves da. **Residência Multiprofissional em Saúde:** o estar junto na formação dos residentes em saúde.2010. (Dissertação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2010.

SILVEIRA, Luiz Henrique Alves da. **Avaliação do Conhecimento dos Residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde referente ao Encontro Didático,** 2011 (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2011.

SINAES – **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior:** da concepção à regulamentação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 4 ed. ampl. Brasília, 2007.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **Inovações e Projeto Político-Pedagógico:** uma relação regulatória ou emancipatória? **Cad. Cedes**, Campinas, v.23, n.61, p.267-281, dezembro/2003. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 2 ed. , Porto Alegre, Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA PAINEL DE ESPECIALISTAS

1. Apresentação da pesquisa
2. Assinatura do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido
3. Apreciação do instrumento nos grupos, com preenchimento dos instrumentos
4. Plenária para especialistas tecerem suas considerações.

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS PARA VALIDAÇÃO DAS ESTRUTURAS ESSENCIAIS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ

ANÁLISE GERAL DO INSTRUMENTO

QUANTO À FORMA	
1. O instrumento apresenta formato (<i>layout</i>) de fácil compreensão?	
2. A linguagem utilizada está adequada e pertinente?	
QUANTO AO CONTEÚDO	
1. As estruturas essenciais apresentadas podem ajudar na formulação de um modelo de autoavaliação de programas de RMSF?	
2. As estruturas essenciais de avaliação apresentadas podem ser utilizadas em outros programas de RMSF?	
3. Diante de uma proposta de um modelo de autoavaliação, as estruturas essenciais identificadas contempla o quadrilátero da formação?	
4. Há coerência entre os níveis das estruturas, indicadores e descrição dos indicadores?	
5. As estruturas e seus indicadores identificados estão de acordo com as diretrizes propostas pela CNRM para programas de RMSF?	
6. As estruturas essenciais estão em consonância com os princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família?	
7. O modelo de autoavaliação apresentado parte de uma concepção de avaliação voltada para a especificidade das residências multiprofissionais?	
8. A proposta de estruturas essenciais apresentadas atende a necessidade de autoavaliação de programas de RMSF?	
9. O modelo de autoavaliação contempla os principais aspectos de um programa de educação em serviço?	
10. As estruturas essenciais identificadas contemplam a relação campo e núcleo presentes na formação RMSF?	

**DETALHAMENTO DAS OBSERVAÇÕES RELACIONADAS A PARTES ESPECÍFICAS DO
MODELO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA RMSF**

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS QUANTO À FORMA E/OU CONTEÚDO				
2º Nível	3º Nível	INDICADORES	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO

APÊNDICE C - PERGUNTA NORTEADORA PARA PAINEL DE ESPECIALISTAS

- Quais suas impressões sobre as estruturas essenciais de avaliação para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor(a),

Sou mestranda em saúde da família da Universidade Federal do Ceará (*campus Sobral*), e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre a identificação das estruturas essenciais de avaliação para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Pretendo com esta pesquisa identificar as estruturas essenciais necessárias para a construção de um modelo de autoavaliação para os referidos programas.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, participando da oficina de validação dessas estruturas essenciais de avaliação. Os dados serão apresentados à UFC- Sobral e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial dos participantes, assim como será garantido o sigilo e anonimato das informações coletadas. Comprometo-me em conduzir esta pesquisa pautando-me nos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento.

Para possíveis esclarecimentos, estou disponível no endereço: R. Dr. Manoel Marinho de Andrade, 1002, Bairro Padre Ibiapina, Sobral – Ce, CEP 62023-060. Fone (88) 88439396/9785.7562, como também minha Orientadora, Prof^a Maristela Inês Osawa Chagas encontra-se disponível na R. Balbino, 385, apt 203, Expectativa, Sobral –Ce, CEP 62040-200, fone (88) 88041313.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS- INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende identificar as estruturas essenciais de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, tendo como cenário de estudo os programas de RMSF de Fortaleza e Sobral, realizada pelas pesquisadoras Francisca Lopes de Souza e Maristela Inês Osawa Chagas. Compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa; não me oponho à gravação da Oficina de Validação, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, 25 de janeiro de 2012.

Ciente: _____
Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA

Título do Projeto de Pesquisa

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE DA FORMAÇÃO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Situação Data Inicial no CEP Data Final no CEP Data Inicial na CONEP Data Final na CONEP

Aprovado no CEP 01/04/2009 18:13:37 05/02/2010 15:54:23

Descrição Data Documento Nº do Doc Origem

3 - Protocolo Aprovado no CEP 05/02/2010 15:54:23 Folha de Rosto 770 CEP

2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (*Check-List*) 01/04/2009 18:13:37 Folha de Rosto 0010.0.039.000-09 CEP

ANEXO B – MATRIZ ESTRUTURA CURSO – INDICADORES DE AUTOAVALIAÇÃO (LIMA, 2008)