

Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte

Yasmine Fernanda Ferreira Cunha
yasminefcunha@gmail.com
UFMG

Adriane Vieira
vadri.bh@gmail.com
UFMG

Fátima Ferreira Roquete
fatimaroquete@gmail.com
UFMG

Resumo:No processo de educação permanente em saúde, o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, necessitando ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Assim, o objetivo geral deste trabalho foi analisar o impacto da Residência Multiprofissional em Saúde ocorrida na formação e na prática dos residentes nos hospitais de ensino, na visão dos residentes. Foi realizado um estudo quantitativo descritivo em um hospital de ensino de Belo Horizonte. O levantamento dos dados aconteceu por meio de um questionário com escala Likert de cinco pontos, elaborado em quatro blocos de itens, com um total de 52 itens, que buscaram captar visão dos residentes em relação ao programa de Residência Multiprofissional. Foram aplicados 28 questionários, em três datas e com turmas diferentes, sendo o critério de inclusão dos sujeitos haver concluído o primeiro ano da residência. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de estatística univariada. Os resultados apontaram que o impacto da Residência Multiprofissional evidenciou muitos quesitos a serem aperfeiçoados pelo Hospital de Ensino, para que, de fato, os objetivos da especialização multiprofissional sejam alcançados, visando à melhoria do programa de residência, assim como a formação desse profissional e a qualidade da assistência hospitalar.

Palavras Chave: Residência - Multiprofissional - Educação Continuada - Ensino-Serviço -

1. INTRODUÇÃO

Até a Idade Média, o hospital não era considerado instituição médica e a medicina não era uma prática no âmbito hospitalar (ANTUNES, 1989; ZAGONEL, 1996). No final do século XVIII, segundo Foucault (1979), surgiu a ideia de que o hospital deveria se constituir em um lugar propício ao estudo, à comparação de casos e como campo de estágio (residências médicas), ou seja, ser um lugar destinado ao ensino. Assim, ao longo da época clássica, a prática clínica foi se transformando com a reorganização dos hospitais que se tornaram em espaço para a prática clínica (ZAGONEL, 1996).

No Brasil, o estímulo à pesquisa, à ampliação do uso de técnicas e à prática baseada no hospital de ensino fez surgir, no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948, os primeiros programas de residência médica (OLIVEIRA; RISTOW; VOGT, 2009).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, e com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, ficou evidente a necessidade de que o processo educativo se tornasse mais integrado à realidade dos serviços. A apropriação das questões políticas e organizacionais do sistema pelos profissionais que se preparavam para inserir no mercado de trabalho evidenciou-se, também, como imprescindível. Assim, em 1999, o Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se e formaram grupos com interesse voltado para reavivar as residências em Saúde da Família. Por meio da criação de um modelo de Residência Multiprofissional, que ia além de preservar as especialidades de cada profissão envolvida, criou-se uma área comum, gerida por valores tais como: a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.

Para o Ministério da Saúde, no processo de educação continuada em saúde o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Esses processos educativos devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. A educação permanente, dessa forma, é considerada como algo mais abrangente da educação, enquanto formação integral e contínua do ser humano, baseada em um referencial teórico-metodológico problematizador (CECCIM, 2005; FERRAZ, 2005).

Nesse contexto, a questão norteou a presente pesquisa foi: qual é o impacto da Residência Multiprofissional em Saúde na formação dos residentes no hospital de ensino AB, na visão desses profissionais? O objetivo geral do estudo foi analisar o impacto da Residência Multiprofissional em Saúde ocorrida na formação dos residentes em um hospital de ensino de Belo Horizonte, denominado nesta pesquisa como Hospital AB, com vistas a preservar, tanto a identidade da organização, quanto dos sujeitos da investigação.

Esta pesquisa se propõe a gerar conhecimentos científicos sobre a temática Residência Multiprofissional como educação permanente, oferecendo, assim, subsídios para o meio acadêmico, potencializando a criação de novos programas de residência e agregando valor ao trabalho dos gestores de serviços de saúde. Acrescenta-se que, ao realizar a revisão de literatura nacional e internacional, não foram encontradas publicações sobre a temática com enfoque nas percepções dos residentes multiprofissionais em relação ao programa da residência, nem instrumentos qualitativos para realizar a investigação.

2. EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação é um fenômeno social e universal. Trata-se de uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, portanto, esta precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e preparando-os para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. O conhecimento gerado a partir da educação tem sido modificado rapidamente ao longo do tempo, sendo necessária, a contínua atualização e interação desses saberes (MORIN, 2002).

Na área da saúde, o evento se faz presente através da complexidade e da recorrência das mudanças que, cada vez mais, exigem a atualização e a capacitação permanente dos profissionais. Torna-se, portanto, crucial, o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho, perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos, na qual eles mesmos são objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005). A formação de profissionais abertos às mudanças e motivados a aprender no ambiente de trabalho ao longo de sua trajetória profissional torna-se, assim, imprescindível.

A educação passa a ser pensada como um exercício coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, buscando-se novos instrumentos para o trabalho. Como consequência, educar torna-se o (re)inventar e o (re)construir do conhecimento de forma personalizada, transpondo-se o mero preparo de mão de obra para o mundo globalizado, e buscando-se a capacitação do profissional, para que se torne um transformador da realidade e um (re)avaliador crítico. Nesta perspectiva, a busca de novos instrumentos para o trabalho favorece a (re)descoberta do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites e, de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas capacidades (PALHARES *et al.*, 2010).

Nesse contexto, tanto a educação continuada, quanto a permanente, são entendidas como processos educativos que dão continuidade à formação, após a graduação. É preciso considerar que a educação continuada é realizada pela instituição ou pela própria iniciativa do profissional. Ela se dá por meio de palestras e eventos técnico-científicos, por exemplo. Porém, nem sempre essas iniciativas estão correlacionadas com a prática do profissional e, não necessariamente, resultam na transformação do exercício do mesmo.

Motta (2002) descreve que a educação continuada envolve as atividades de ensino, após a graduação (atualização), apresenta duração definida e utiliza metodologia tradicional; enquanto isso, a educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: a) as necessidades do processo de trabalho; e b) ao processo crítico como inclusivo ao trabalho.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) corresponde à educação em serviço a partir do momento que esta envolve os conteúdos, os recursos e os instrumentos para permitir a formação técnica submetida a um projeto de mudanças da orientação política de ações prestadas. A EPS pode corresponder à Educação Continuada quando seu objetivo for à construção de quadros institucionais e a investidora de carreiras por serviço em tempos e lugares específicos (CECCIM, 2005).

A introdução da EPS é uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Estabelece ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas 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).

A partir do exposto, pode-se inferir que o objetivo da EPS é o de desenvolver nas organizações de saúde oportunidades de formação e crescimento para os profissionais envolvidos na assistência ao usuário.

3. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

A reforma sanitária brasileira e os desdobramentos da 8^o Conferência Nacional de Saúde impulsionaram a consolidação da saúde como direito constitucional no Brasil. Assim, na Constituição Federal de 1988, o Art. 196 afirma que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 99).

Neste artigo define-se a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado, bem como os princípios e diretrizes do SUS: a universalidade do acesso, a integralidade, a igualdade da assistência, a participação e o controle social das políticas públicas.

Em 1990, a Lei n. 8080 dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, estando incluída, ainda, no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990).

Cabe, portanto, ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, através da aproximação de políticas de educação e de saúde (BRASIL, 2006). Em 1994, foram criados os Programas de Saúde da Família (PSF), que evidenciavam a necessidade da criação de um novo profissional, que soubesse aplicar os conhecimentos adquiridos na sua formação junto aos serviços de saúde e às comunidades.

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em Saúde da Família. A proposta de criação das residências foi construída em um seminário, que tinha como uma de suas metas criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, com a criação de uma área comum, especialmente, vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

Um movimento conseguiu elaborar e propor diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da Saúde. Contou com a participação de órgãos formadores, Associações de Ensino das respectivas áreas, Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas diretrizes curriculares foram publicadas, a partir de 2001, na forma de Resoluções pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2006).

No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas, dentro da perspectiva de trabalhar de forma integrada com todas as profissões da área da saúde (BRASIL, 2006).



A promulgação da Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) deu início ao processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). A Residência Multiprofissional é uma modalidade de pós-graduação, *latu sensu*, que se caracteriza pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptores), em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde (BRASIL, 2005). O Ministério da Educação (MEC) preconiza que a residência multiprofissional tenha a duração mínima de 2 anos, com 60 horas semanais, sendo 4 horas destinadas a sessões de atualização, seminários e participação em eventos. A residência é uma pós-graduação oferecida às seguintes profissões: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2006).

A incorporação do residente multiprofissional às equipes de saúde surgiu como um incentivo da nova saúde pública, através da formação de uma equipe multiprofissional, nos hospitais de ensino voltados para a assistência integral do usuário. Para esse novo profissional, preconizam-se as seguintes competências: prestar um cuidado integral, aprender a trabalhar em equipe, buscar novas alternativas e assumir responsabilidades com o usuário e com o serviço de saúde no qual está inserido.

Na ausência de um modelo de investigação para as residências no Brasil, optou-se por adotar e adaptar o proposto por Borges e Abbad (1996) para a avaliação do impacto dos treinamentos organizacionais. Partiu-se do pressuposto de que é imprescindível para as organizações educar permanentemente e treinar os colaboradores em relação aos programas instituídos; acredita-se, também, que é necessário realizar a avaliação do impacto dos mesmos. Trata-se de verificar se o investimento na educação e nos treinamentos realizados impactou no desempenho do profissional no serviço e na melhoria das competências desses colaboradores, com vistas a alcançar os objetivos da instituição e obter vantagem competitiva, por meio do aumento da produtividade e da qualidade dos serviços prestados.

A construção do conceito de impacto do treinamento no trabalho foi definida na literatura por diversos autores. Para Abbad *et al* (2000), a variável impacto do treinamento no trabalho é definida por como a autoavaliação feita pelo próprio participante acerca dos efeitos mediatos produzidos pelo treinamento em seus níveis de desempenho, motivação, autoconfiança e abertura a mudanças nos processos de trabalho. Reconhece-se que essa avaliação também pode ser feita por outras pessoas, como o supervisor, colegas, ou clientes daquele participante.

A literatura aponta, também, alguns níveis de análise do impacto do treinamento no treinando, tais como: avaliação de reação, aprendizagem, comportamento e resultado. Apesar de esses níveis estarem supostamente ligados, inclusive, em ordenamento de causa e efeito, alguns estudos vêm demonstrando que não existe uma relação significativa entre eles por existirem outros fatores relacionados ao impacto do treinamento no trabalho (KIRKPATRICK, 1976 apud SILVA, 2006).

Destaca-se o também Borges-Andrade (1982), que desenvolveu o Modelo de Avaliação Integrado e Somativo de Sistemas Instrucionais (MAIS), e o de Abbad (1999), que construiu o Modelo Integrado de Avaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho (IMPACT), inspirado principalmente no modelo MAIS de Borges-Andrade (1982).

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

Tendo em vista os objetivos deste trabalho, foi realizado um estudo descritivo de caráter quantitativo. Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas procuram descrever as

características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações (e/ou de sua natureza) entre variáveis. Uma de suas características mais marcantes desse tipo de pesquisa é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

A população foi constituída por 39 residentes multiprofissionais das seguintes especialidades: Urgência, Emergência e Terapia Intensiva; Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. O tipo de amostragem foi de conveniência, dada às circunstâncias com relação à disponibilidade dos sujeitos de pesquisa, bem como dos pesquisadores, para participar do estudo. Assim, 28 residentes aceitaram participar do presente estudo, constituindo-se a amostra.

O levantamento do impacto da Residência Multiprofissional e suas práticas, na visão dos residentes, aconteceu por meio de um questionário com escala *Likert* de cinco pontos, adaptado do modelo proposto por Abbad, Gama e Borges (2000) e Pilati e Abbad (2005). Utilizou-se também de entrevistas, realizadas com preceptores e residentes do Hospital AB com a finalidade de adequar o instrumento à realidade dos sujeitos da presente pesquisa, através da padronização de determinadas perguntas e do vocabulário no contexto do serviço, e também para a análise da conjuntura dos entrevistados.

O instrumento aplicado foi constituído de quatro blocos, com um total de 52 itens, que buscaram captar visão dos residentes em relação ao programa de Residência Multiprofissional do Hospital AB. Um campo específico foi destinado a coletar informações sociodemográficas dos participantes. A Tabela 1 mostra o grupo de itens, bem como as condições de avaliação de cada um deles.

Tabela 1 - Grupo de itens e condição de avaliação do questionário

	Categorias	Itens
1.	Resultados e Aplicabilidade da Residência	17
2.	Programação e Apoio	14
3.	Desempenho do Preceptor	14
4.	Dados sociodemográficos e ocupacionais	7

Fonte: elaborada pelos autores.

Os questionários foram aplicados em três datas e turmas diferentes, sendo o critério de inclusão dos sujeitos haver concluído o primeiro ano da residência. O horário para aplicação foi ao final das aulas dos residentes no Hospital AB e nos locais de prática dos mesmos. Ao se iniciar a aplicação do instrumento, os sujeitos foram orientados quanto à sua participação voluntária, que a mesma não resultaria em prejuízo e/ou penalidade daqueles que se recusassem em participar do estudo, bem como a liberdade para se retirar da pesquisa, caso desejassem, a qualquer momento.

Os dados foram coletados por meio do questionário e analisados utilizando-se o programa estatístico Microsoft Excel 14.0. A técnica utilizada foi a estatística univariada, que, segundo Paes (2010), visa investigar de forma isolada a relação entre cada variável explicativa sem levar em consideração o conjunto das variáveis em estudo. Para essa análise, foram apuradas a distribuição de frequências dos dados e o estabelecimento do posicionamento da unidade amostral, por meio de medidas de posição e tendência central (média), e medidas de dispersão (desvio-padrão).

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico, 92,9% dos participantes da pesquisa são mulheres, 3,6% são homens e 3,6% não declararam. Os residentes multiprofissionais possuem

a idade média de 28 anos, nas faixas compreendidas entre 25 a 32 anos; 78,6% dos participantes são solteiros, 14,3% são casados, 3,6% divorciados e 3,6% outros. Do total de participantes 92,9% não possuem filhos e 7,1% possuem de um a dois filhos.

Evidencia-se que os residentes multiprofissionais são jovens, solteiros, sem dependentes e de maioria do sexo feminino. Esse achado revela uma realidade frequente nos serviços de saúde, nos quais a maioria dos profissionais nas categorias de Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária e Nutrição são do sexo feminino.

Em relação à formação acadêmica, o curso mais frequente foi Fonoaudiologia correspondendo a 25% dos participantes, seguido dos cursos de Enfermagem e de Fisioterapia, (21,4% cada), Serviço Social (17,9%), Terapia Ocupacional (7,1%) e Nutrição e Psicologia com, respectivamente, 3,6% de participação.

Em relação à graduação, 46,4% dos participantes concluíram o curso no período compreendido entre um a dois anos anteriores ao ingresso na Residência Multiprofissional em Saúde; 32,1% dos residentes terminaram a graduação há cerca de três a quatro anos, 14,3% graduaram-se a menos de um ano e 7,1% há mais de quatro anos.

No que se refere aos resultados e à aplicabilidade da residência, inseridos no Bloco 1 do questionário, os residentes responderam pontuando, de acordo com a escala *Likert*, de 1 a 5, no qual 1 representava “ruim”, 2 “regular”, 3 “bom”, 4 representa “muito bom” e 5 “ótimo”.

Os achados da Tabela 2 mostram que os residentes classificaram o curso de residência, como "muito bom", em média, em relação aos seguintes itens: Intenção de aplicar os conhecimentos no trabalho (4,36); probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em grupo (4,21); integração com outros profissionais (4,25); e identificação com as atividades de sua profissão (4,18). Nenhum item foi classificado como “ruim” ou “ótimo”.

Tabela 2 - Análise Descritiva dos itens: Resultados e Aplicabilidade da Residência

Item	Média	Desvio-Padrão
Intenção de aplicar os conhecimentos no trabalho.	4,36	0,99
Probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em grupo.	4,21	0,79
Oportunidade de aplicar os conhecimentos.	3,86	1,04
Estimulo para aplicar conhecimentos no trabalho.	3,25	1,07
Probabilidade de melhorar o seu desempenho no trabalho.	3,96	0,69
Reconhecimento correto das situações de aplicação.	3,54	0,74
Integração com outros profissionais.	4,25	0,70
Utilidade do conteúdo ensinado.	3,43	0,99
Capacidade de transmitir os conhecimentos a outros.	3,75	0,64
Assimilação dos conhecimentos.	3,89	0,68
Identificação com as atividades de sua profissão.	4,18	0,72
Melhoria da relação entre as especialidades.	3,75	0,84
Reconhecimento da importância do residente para hospital.	2,93	1,18,
Segurança no desempenho das atividades profissionais.	3,86	0,80,
Preparo para exercer a Promoção da Saúde a partir da identificação das necessidades dos usuários.	3,43	0,95,
Produção de novos conhecimentos pelas equipes.	3,04	1,03,
Maior facilidade para comunicação com o usuário e equipe.	3,64	0,91,
MÉDIA DA CATEGORIA	3,70	0,90

Fonte: elaborada pelos autores.

Quanto ao *score* de classificação "bom", em média, os residentes apontaram os seguintes itens: a oportunidade de aplicar os conhecimentos (3,86); estímulo para aplicar conhecimentos no trabalho (3,25); probabilidade de melhorar o seu desempenho no trabalho (3,96); reconhecimento correto das situações de aplicação (3,54); utilidade do conteúdo ensinado (3,43); capacidade de transmitir os conhecimentos a outros (3,75); assimilação dos conhecimentos (3,89); melhoria da relação entre as especialidades (3,75); segurança no desempenho das atividades profissionais (3,86); preparo para exercer a Promoção da Saúde a partir da identificação das necessidades dos usuários (3,43); produção de novos conhecimentos pelas equipes (3,04); e maiores facilidades para comunicação com o usuário e equipe (3,64).

Em relação ao *score* de classificação "regular", observa-se que (2,93) dos residentes atribuíram esse *score* ao reconhecimento da importância da sua atuação para o hospital pesquisado.

Na atribuição pelos participantes aos *scores* propostos pelo estudo aos itens relativos à programação e apoio didático-pedagógico, constata-se pela Tabela 3, que o *score* "ruim" alcançou em média os maiores valores absolutos quando comparados com os demais.

Tabela 3 - Análise Descritiva dos itens: Programação e Apoio

Item	Média	Desvio-Padrão
Ordenação do conteúdo	2,04	0, 79
Adequação dos conteúdos aos objetivos da formação	2,14	0, 84
Definição de objetivos	2,32	0, 90
Compatibilidade entre objetivos do curso e necessidades dos residentes	1,82	0, 81
Carga horária total	2,32	1, 12
Carga horária para atividades práticas	2,39	1, 25
Carga horária diária	2,18	1, 05
Qualidade e organização do material didático	1,64	0, 67
Quantidade de material didático	1,57	0, 634
Qualidade das instalações e equipamentos	2,54	0, 744
Valor da bolsa	3,21	0, 957
Possibilidade de participação em aulas de outras especialidades	2,57	0, 959
Qualidade das aulas práticas	2,18	0, 945
Análise e discussão dos estudos de caso	2,71	0,81
MÉDIA DA CATEGORIA	2,30	0,90

Fonte: elaborado pelos autores.

Verificou-se que nos itens relativos à compatibilidade entre objetivos do curso e necessidade dos residentes, que o *score* "ruim" foi de 1,82, com relação à qualidade e organização do material didático 1,64, e 1,57 quanto à quantidade de material didático. Destaca-se também que essa categoria ficou com a menor média dentre as pesquisadas.

Com referência às atividades pedagógicas, o resultado desta pesquisa revelou que esse é um nó crítico do programa, na medida em que o material de apoio pedagógico deixa muito a desejar, segundo as avaliações dos residentes.

Com relação aos outros itens, os residentes consideraram "regular" os seguintes: ordenação do conteúdo com média 2,04; adequação dos conteúdos aos objetivos da formação com 2,14; definição de objetivos com 2,32; carga horária total com 2,32; a carga horária diária com 2,18; qualidade das instalações e equipamentos com 2,54; possibilidade de participação em aulas de outras especialidades com 2,57; qualidade das aulas práticas com 2,18; e análise e discussão dos estudos de caso com 2,71.

Vale destacar que, apesar de atribuírem o *score* “regular” na avaliação desses itens, os resultados obtidos em termos de média e desvio padrão se mostraram muito abaixo do esperado, ou seja, que a proposta pedagógica da residência necessita de uma revisão por parte dos coordenadores, docentes, preceptores e tutores. Soma-se a isso, o fato de que, neste quesito, nenhum item de avaliação dos residentes foi classificado como “muito bom” ou “ótimo”.

Os residentes avaliaram o desempenho dos preceptores, em média, como "regular" nos itens: preparação para o exercício da atividade (2,43); uso de metodologias (2,32); profundidade (2,68); conhecimento (2,39); qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem (2,54); disponibilidade de tempo para orientação (2,61); correção e justiça na avaliação do desempenho ao residente (2,86); e utilidade do *feedback* (comunicação da avaliação de desempenho) dado pelo preceptor (TABELA 4).

Tabela 4 - Análise Descritiva dos itens: Desempenho do preceptor

Item	Média	Desvio-Padrão
Preparação para o exercício da atividade.	2,43	0,997
Domínio da prática.	3,25	0,887
Uso de metodologias motivadoras.	2,32	1,02
Segurança.	3,11	1,1
Profundidade.	2,68	0,983
Estratégias instrucionais.	2,39	0,916
Conhecimento.	3,14	0,97
Esclarecimento de dúvidas.	3,14	1,008
Respeito às ideias manifestadas pelo residente.	3,21	1,197
Qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem.	2,54	0,999
Disponibilidade de tempo para orientação.	2,61	1,166
Correção e justiça na avaliação do desempenho.	2,68	1,541
Capacidade de comunicar o resultado da avaliação do desempenho ao residente.	2,86	1,297
Utilidade do <i>feedback</i> (comunicação da avaliação de desempenho) dado pelo preceptor.	2,93	1,184
MÉDIA	2,80	1,10

Fonte: elaborado pelos autores

Considerando que o papel do preceptor de residência é o de exercer a função de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde, observa-se que os *scores* obtidos, em alguns domínios, revelaram, mais uma vez, nós críticos. Estes estão relacionados à metodologia e ao material didático de apoio, tanto em sua profundidade, quanto em sua qualidade. Esses achados reforçam a necessidade de se repensar a capacitação pedagógica dos preceptores, quando se pensa que eles são os responsáveis pelo acompanhamento e suporte para o desenvolvimento da atividade prática do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Político Pedagógico (PPP). Merece destacar que a disponibilidade de tempo do preceptor é um aspecto importante para o desempenho de suas funções, o que parece não estar acontecendo nesse programa, pois, o *score* obtido foi de apenas 2,61.

O desempenho do preceptor foi avaliado como "bom" nos domínios da prática (3,25); da segurança (3,11); do conhecimento (3,14); do esclarecimento de dúvidas (3,14); e do respeito às ideias manifestadas pelo residente (3,21). Em contrapartida, com os achados acima observa-se que o grupo de preceptores revela apresentar potencial que deve ser reforçado pela

tutoria, na medida em que os mesmos têm conhecimento e domínio da prática assistencial. Vale destacar que, mais uma vez, nenhum item foi classificado “muito bom” ou “ótimo”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve com objetivo descrever o impacto da Residência Multiprofissional em um hospital de ensino, no período de 2011 e 2012, na visão dos residentes. Os dados analisados permitem concluir que a categoria “análise dos resultados e a aplicabilidade da residência” avaliou a expectativa dos residentes quanto ao que se espera do programa de Residência Multiprofissional.

Nesse quesito, os residentes avaliaram negativamente sua importância para o hospital. Esse fato sinaliza algumas possibilidades. Primeiro, pode estar relacionado aos demais profissionais da assistência não valorizarem o residente em serviço; e segundo, é o hospital, em geral, principalmente, a coordenação de ensino em pesquisa, não dar a devida atenção a esse novo profissional, no que se refere ao apoio didático e institucional.

Outro ponto importante a ser observado, relaciona-se às práticas multiprofissionais: probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em grupo (4,21) e integração com outros profissionais (4,25). Ambos os itens mostraram bons indicadores, evidenciando um dos objetivos da residência multiprofissional, que é o de possibilitar a inter-relação entre as diversas categorias profissionais nos hospitais nas práticas em saúde.

Na análise da categoria de “programação e apoio”, os residentes pontuaram como “ruins”: o material didático, a carga horária, as instalações e equipamentos, a qualidade das aulas práticas, entre outros, embasando a possibilidade dos resultados e aplicabilidade da Residência, no que se refere à importância do residente para o hospital. Um item que também obteve essa classificação foi a compatibilidade entre os objetivos do curso e as necessidades dos residentes. Isso mostra que o objetivo dos residentes em relação ao programa de RMP não foi alcançado.

A terceira categoria de análise avaliou o desempenho do preceptor, na visão do residente. Foram pontuados como “regulares” importantes itens: preparação para o exercício da atividade, o uso de metodologias, o conhecimento, a qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem, a disponibilidade de tempo para orientação, a utilidade do *feedback* (comunicação da avaliação de desempenho), dado pelo preceptor, entre outros. Ficou evidente, assim, a falta de preparo dos preceptores e de suporte oferecido pela preceptoria do hospital aos residentes, além de ausência de instrumentos que avaliem o desempenho do residente. Por sua vez, as relações didáticas foram consideradas pelos residentes como “boas”.

Os resultados sobre o impacto da Residência Multiprofissional, sinteticamente, apontaram que, na visão dos residentes, há muitos quesitos a serem aperfeiçoados pelo Hospital AB, com vistas a que os objetivos da especialização sejam efetivos. Em outras palavras, os resultados indicam que há necessidade de melhoria do programa de Residência Multiprofissional do Hospital AB, para que haja uma formação efetiva desse profissional para o SUS e, conseqüentemente, a qualidade da assistência hospitalar possa ser alcançada.

Para o aperfeiçoamento do trabalho, indica-se a inclusão de estudos qualitativos acerca da visão dos residentes sobre o programa de Residência Multiprofissional. Como sugestão, seria enriquecedor a inserção da ótica do usuário, dos preceptores e dos gestores em relação à assistência prestada nos serviços de saúde pelos egressos da Residência Multiprofissional.



REFERÊNCIAS

- ABBAD, G.** Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho: IMPACT. Tese (Doutorado), Universidade de Brasília. Brasília. 1999.
- ABBAD, G; GAMA, A. L. G. G.; BORGES-ANDRADE, J. E.** Treinamento: análise da relação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 4, n. 3: p. 25-45, 2000.
- ANTUNES, J. L. F.** Por uma geografia hospitalar. *Tempo Social. Revista de Sociologia. USP, São Paulo*, v. 1, n. 1: p. 227-234, 1989.
- BORGES-ANDRADE, J. E. ABBAD, G.** Treinamento no Brasil: reflexões sobre suas pesquisas. *Revista de Administração*, v. 31, n. 2: p. 112-125, 1996.
- BORGES-ANDRADE, J. E.** Avaliação somativa de sistemas instrucionais: integração de três propostas. *Tecnologia Educacional*, v. 11, n. 46: p. 29-39, 1982.
- BRASIL.** Presidência da República. Lei n. 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL.** Presidência da República. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM); cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.
- 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL.** Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- CECCIM, R. B.** Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunic. Saúde e Educ.* v. 9, n.16: p.161-177, 2005.
- FERRAZ, F.** Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2005.
- FOUCAULT, M.** *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GIL, Antonio Carlos.** *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- KIRKPATRICK, Donald L.,** *Evaluating Training Programs - THE FOUR LEVELS*. Berrett KoehlersPublishers, Inc. 1994.
- MORIN E.** *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; 2002.
- MOTTA J. I. J. et al.** Educação Permanente em Saúde. *Rede Unida. Olho Mágico*, v.9, n.1: p. 67-78, abr/jun. 2002
- OLIVEIRA, M. C. M. DE; RISTOW, A. M.; VOGT, A. M.** A formação do profissional médico no Brasil. *Educere et Educare – Revista de Educação*, v. 4, n. 8: p. 1-15, 2009.
- PAES, A. T;** Análise univariada e multivariada. *Einstein: Educ Contin Saúde*. v.8 n.1: p.1-2, 2010.
- PALHARES GUIMARAES, E. M.; HAUEISEN MARTIN, S.; PAOLINELLI RABELO, F. C.** Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. *Cienc. Enferm.* v.16, n.2: p. 25-33, 2010.
- PILATI, R.; ABBAD, G.** Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 1: p. 43-51, jan./abr. 2005.



2013
SEGTeT
SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA
EM GESTÃO E TECNOLOGIA

Gestão e Tecnologia para a Competitividade
23.24.25 de Outubro de 2013

SILVA S. M. da. Impacto do treinamento no trabalho: avaliação de um programa de desenvolvimento gerencial. Dissertação (Mestrado) – Faculdades Integradas Pedro Leopoldo. Minas Gerais, 2006.

ZAGONEL, I. P. S. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 1, n. 2: p. 75-80, 1996.