



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA**

SÂMIA CRISTINE RABELO BORGES

**UM (RE) PENSAR SOBRE O ENSINO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE
PARA OS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA-
UEPA**

**BELÉM-PA
2018**

SÂMIA CRISTINE RABELO BORGES

**UM (RE) PENSAR SOBRE O ENSINO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE
PARA OS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA-
UEPA**

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade do Estado do Pará como requisito para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-graduação de Ensino em Saúde na Amazônia.

Linha: Gestão e Planejamento em Ensino na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Emmanuel Ribeiro Cunha

Co-Orientadora: Prof. Dra. Maria Liracy Batista de Souza.

BELÉM-PA
2018

SÂMIA CRISTINE RABELO BORGES

**UM (RE) PENSAR SOBRE O ENSINO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA
OS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA-UEPA**

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade do Estado do Pará como requisito para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-graduação de Ensino em Saúde na Amazônia.

Linha: Gestão e Planejamento em Ensino na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Emmanuel Ribeiro Cunha

Co-Orientadora: Prof. Dra. Maria Liracy Batista de Souza.

Data de Avaliação: ____/____/2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Emmanuel Ribeiro Cunha – Orientador
Universidade do Estado do Pará

Profa. Dra. Liliane Nascimento – Membro Externo
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Ilma Pastana Ferreira – Membro Interno
Universidade do Estado do Pará

Prof. Dra. Clea Bichara – Membro Interno
Universidade do Estado do Pará

BELÉM – PA
2018

(...) nossa formação como pessoa parte de fragmentos da formação das outras pessoas presentes em nosso convívio, enquanto, por meio de um processo de trocas de experiências, contribuimos para o desenvolvimento de outras pessoas, fazendo, desta maneira, com que se consolide o processo de construção de cada membro da sociedade [...].

SANTOS (2016)

Dedico esta dissertação a minha avó “Mãe Diquinha”, in memoriam, por cuidar sempre de nós com seu amor infinito.

A meus pais, Aracy e Luis Borges, “meu porto seguro” pelo apoio incondicional sempre, meus maiores motivadores, por terem me ensinado a ser quem sou.

As minhas irmãs, Luciane e Kellen Borges por serem minhas cúmplices diariamente, por me amarem ontem, hoje e sempre e estarem ao meu lado nos momentos difíceis e nos felizes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por nortear meus caminhos nos passos do Mestre Jesus e nos braços maternais de Maria Santíssima.

A minha família pelo apoio em todos os momentos.

Ao Amor, que foi chegando e me apoiando neste desafio.

Às Secretarias de Saúde dos municípios de Ananindeua e Benevides, por me liberarem para cursar o ESA.

Aos Amigos do ESA 2015, em especial Gleyce Girard, fomos verdadeiros irmãos, obrigada a todos e cada um pelo apoio fraterno.

A todos os mestres do ESA muito obrigada por dividirem conosco saberes que foram muito além de conteúdo.

Ao Professor Dr. Emanuel meu orientador, serei eternamente grata por sua atenção, paciência e amparo nos momentos de orientação, por ter tirado o véu que cobria meus olhos e não me deixava dialogar com os autores.

A Professora Dr^a. Liracy, minha co-orientadora, que está comigo em vários momentos da minha vida acadêmica e profissional, dividindo comigo seus conhecimentos.

E por fim, aos queridos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família - UEPA,, por me permitir tê-los como participantes da pesquisa, em especial Sâmela Glavão, que passou de aluna a amiga pessoal, e me apoiando nestes momentos finais de dissertação.

Muito obrigada!

RESUMO

BORGES, Sâmia Cristine Rabelo, **UM (RE) PENSAR SOBRE O ENSINO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA OS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA-UEPA.** (70 p.) Dissertação (Mestrado Profissional Ensino e saúde na Amazônia) – Universidade do Estado do Pará: Belém, 2017.

Este Estudo aborda o ensino do Planejamento em Saúde e sua interface com o espaço de relações políticas, sociais e econômicas do território na concepção dos Residentes. Para fundamentação sobre Planejamento em Saúde utilizou-se os estudos de E. Menry, J. Paim e outros. O objetivo principal foi analisar os saberes dos estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre o Planejamento das ações de saúde e sua relação com as dimensões políticas, sociais e econômicas do território, e os secundários a) Identificar os saberes e práticas dos Residentes sobre o planejamento em saúde; b) Conhecer os saberes dos Residentes quanto ao planejamento de ações em saúde, com base na territorialização. Trata-se de um Estudo qualitativo de caráter exploratório, baseado na análise de conteúdo de L. Bardin. Desta forma entrevistou-se os 21 Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família da UEPA, no mês de abril de 2017, e das falas emergiram as Categorias Temáticas: Planejamento como meio para alcance dos objetivos nas ações de saúde; O ensino em serviço do planejamento na RMSF: teoria e prática; e Planejamento com base no conhecimento das necessidades do território. Os resultados demonstram que os residentes concebem o Planejamento em Saúde como primordial para o alcance de objetivos na dinâmica da assistência à saúde, seus conhecimento teóricos levam a saber que o Planejamento deve estar pautado nas necessidades do território, porém apresentam fragilidade no ensino-aprendizagem desta temática na parte prática do ensino em serviço. Este resultado motivou a elaboração do produto deste estudo, que auxiliará na formação de novos profissionais atuantes na assistência à saúde, como previsto nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Residência MultiProfissional, Ensino em Serviço, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

ONE (RE) THINK ABOUT HEALTH PLANNING EDUCATION FOR MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS IN HEALTH OF THE UEPA-FAMILY

This Study addresses the teaching of Health Planning and its interface with the area of political, social and economic relations of the territory in the conception of Residents. For the basis on Health Planning was used the studies of E. Menry, J. Paim et al. The main objective was to analyze the knowledge of the students of the Multiprofessional Residency in Family Health, on the planning of health actions and their relation with the political, social and economic dimensions of the territory, and the secondary ones a) Identify Residents' knowledge and practices on health planning; b) To know the Residents' knowledge regarding the planning of health actions, based on territorialisation. This is a qualitative exploratory study based on the content analysis of L. Bardin. In this way the 21 Multiprofessional Residents in Family Health of the UEPA were interviewed in April 2017, and the lines emerged as Thematic Categories: Planning as a means to reach the objectives in health actions; In-service teaching of planning in the RMSF: theory and practice; and Planning based on the knowledge of the needs of the territory. The results show that the residents conceive Health Planning as the primary goal of the health care dynamics, their theoretical knowledge leads them to know that the Planning should be based on the needs of the territory, but they present weakness in the teaching-learning of this in the practical part of in-service teaching. This result motivated the elaboration of the product of this study, which will assist in the formation of new professionals involved in health care, as foreseen in the guidelines of the Unified Health System.

Keywords: Multiprofessional Residence, Service Teaching, Health Planning.

LISTA DE SIGLAS

COREMU - Coordenação de Residência Multiprofissional

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqSF – Equipe Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

GEP - Gerência de Ensino e Pesquisa

MS - Ministério da Saúde

PPP – Projeto Político Pedagógico

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRO EPS-SUS - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - ,

RM - Residência Multiprofissional

RMSF – RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde da Família

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

SUS – Sistema Único de Saúde

UEPA - Universidade do Estado do Pará

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| CAPÍTULO I | |
| BASES CONCEITUAIS | |
| RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE | 18 |
| ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR, SUPERVISOR, TUTOR E MENTOR NAS RESIDÊNCIAS | 20 |
| RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/UEPA | 22 |
| PLANEJAMENTO EM SAÚDE | 25 |
| TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE | 29 |
| CAPÍTULO II | |
| CAMINHO METODOLOGICO | |
| TIPO DE ESTUDO | 33 |
| CENÁRIO DO ESTUDO | 33 |
| PARTICIPANTES | 33 |
| PRODUÇÃO DOS DADOS | 33 |
| ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS | 34 |
| ASPECTOS ÉTICOS | 38 |
| CAPÍTULO III | |
| RESULTADOS e DISCUSSÃO | |
| CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 40 |
| PLANEJAMENTO COMO MEIO PARA ALCANCE DOS OBJETIVOS NAS AÇÕES DE SAÚDE | 42 |
| ENSINO EM SERVIÇO DO PLANEJAMENTO NA RMSF: TEORIA E PRÁTICA | 46 |
| PLANEJAMENTO COM BASE NO CONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DO TERRITÓRIO | 50 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| REFERÊNCIAS | 59 |
| APÊNDICES | 63 |
| ANEXO | 67 |

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde– SUS, um modelo plural, que tornou universal a assistência à saúde no país, foi criado pela Lei Federal nº 8.080 de 1990, denominada de “Lei Orgânica da Saúde”. A partir desta lei surge um novo conceito de saúde que afirma que “a saúde não é só ausência de doença, mas também é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, etc.”.

Com a implantação deste sistema nacionalmente, voltaram-se o olhar para a formação de recursos humanos que este novo sistema precisava, e colocar em prática o que a lei de Criação do SUS orienta em seu Título IV, art. 27, “é de responsabilidade do SUS, articuladamente, a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em todos os níveis de ensino, incluindo a pós-graduação”. BRASIL (1990, p.12).

Com a operacionalização deste novo sistema surgiu à necessidade de reavaliar e propor estratégias no processo de formação deste novo profissional que o Sistema de Saúde necessita.

Na formação de nível superior, entre os anos de 2001 e 2004 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, para os Cursos da Graduação em Saúde, essas que introduziram as mudanças na organização curricular, integração ensino e serviço e a ênfase na necessidade de repensar o processo educativo e as práticas em saúde para:

permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. BRASIL (2001, p.4)

Com o objetivo de:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. BRASIL (2001, p.4)

As novas DCN fomentam que a formação de recursos humanos para as profissões da área da saúde deve pautar-se no entendimento que saúde é um

processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde.

Quanto a Pós-Graduação, destacamos a importância dos Programas de Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde (uni ou multiprofissional) na questão da formação de recursos humanos para o SUS.

As Residências Multiprofissionais em Saúde, segundo Brasil (2006), constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço e destinadas às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Foram regulamentadas em 2005, com a Lei Federal nº 11.129 e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117. Abrangem as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica.

As Residências Multiprofissionais em Saúde resultam da união entre os Ministérios da Educação e da Saúde com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e que possam estar comprometidos com o SUS, na busca da integralidade do cuidado (BRASIL, 2006). Com apoio no treinamento em serviço, as RMS têm como atributo formar profissionais segundo as necessidades locais, isto é, com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência regional.

As Residências Multiprofissionais constituem estratégias importantes para a formação de recursos humanos, como podemos constar na entrevista de Nísia Trindade Lima, vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, para a agência FIOCRUZ de notícia, por advento dos 10 anos do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz)

No documento de Formação e Educação para o SUS: diretrizes, desafios e encaminhamentos, aprovado pelo Conselho Deliberativo da Fiocruz, em novembro de 2014, e também no VII Congresso Interno da Fiocruz, a importância da Residência Multiprofissional foi reconhecida, especialmente pelo seu papel na percepção crítica da gestão em saúde, no diálogo entre diferentes saberes e práticas e na aproximação entre a academia e os serviços de saúde. (LIMA in AGENCIA FIOCRUZ, 2015, s/p).

No contexto do Estado do Pará, a Universidade do Estado do Pará – UEPA, oferta o Programa de Residência Multiprofissional, dividido em seis áreas de concentração: Atenção à Saúde Mental; Atenção à Saúde Cardiovascular; Urgência

e Emergência no Trauma; Oncologia nos Cuidados Paliativos: Atenção à saúde da Mulher e da Criança e, Estratégia Saúde da Família. As Residências são desenvolvidas em ambiente ambulatorial e hospitalar.

Como profissional de saúde com atuação na Gestão por meio da Coordenação da Atenção Primária em Saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família, tive a oportunidade no ano de 2012 de entrar em contato com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF, da Universidade do Estado do Pará, sendo convidada para desenvolver atividades de preceptoria.

A RMSF é ofertada desde 2012 pela UEPA, tem na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família o seu espaço de atuação com o objetivo de preparar os profissionais para atuarem em Equipes de Saúde da Família e em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com autonomia, iniciativa, proatividade e capaz de solucionar problemas. Ofertando assim ao serviço de saúde recursos humanos qualificados e voltados para as necessidades de saúde da população e dos serviços de saúde.

O Projeto Político Pedagógico da RMSF aponta para uma prática pedagógica que privilegia metodologias ativas centradas no sujeito que aprende. O professor deixa de ser um “transmissor de conhecimento” e passa a ser “facilitador e mediador” do processo de aprendizagem. SILVA e SANTOS (2012).

Devido trabalhar no Serviço de Saúde, também fui convidada para ser Preceptora no campo de prática da temática Gestão de Serviços de Saúde, para os residentes do segundo ano, R2. Posteriormente também a ministrar, em sala de aula, as disciplinas “Planejamento e Gestão em Serviços na Estratégia Saúde da Família” e “Gestão do Serviços de Saúde”.

No desenvolvimento da Preceptoria identifiquei à dificuldade dos mesmos sobre o desenvolvimento do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família, em especial a realização do Planejamento das Ações de Saúde com base na Territorialização. Importante destacar que de acordo com o PPP do curso, este conhecimento este deverá estar consolidado até o final do primeiro ano da residência, por meio das aulas teóricas e praticas. SILVA e SANTOS (2012).

Em minha atuação como Gestora em Saúde é freqüente estar em contato com profissionais recém formados que apresentam dificuldades para desenvolver as atribuições previstas para ESF, quais sejam: realizar trabalho em equipe, fazer territorialização, realizar o diagnostico local de saúde, e, conseqüentemente, a

realização do planejamento das ações em saúde, que possam impactar positivamente sobre o processo saúde-doença e interferir para a redução da vulnerabilidade dos grupos sociais no território em que estão inseridos.

O Planejamento em Saúde é primordial para o alcance dos objetivos propostos, “constitui-se num instrumento contínuo para diagnosticar a realidade e propor as alternativas para transformá-la, os meios para viabilizar que isso aconteça e as oportunidades para executar as ações pensadas, o que demandará o reinício do ciclo”. (LACERDA, BOTELHO, e COLUSSI, 2012, p. 13).

Concordo com os autores, pois, o Planejamento na ESF começa com o reconhecimento da realidade e dos problemas por meio da identificação das condições não satisfatórias que devem ser modificadas, ou seja, com o “Diagnóstico da realidade local”. Os autores relatam também que em se tratando de Equipe de Saúde da Família - EqSF, esse diagnóstico está diretamente ligado à realização da territorialização da área de abrangência da equipe, a qual deverá definir os limites geográficos e a população referente a este espaço, identificar a dinâmica social, cultural e de serviços instalados no local; e, ainda, reconhecer os aspectos epidemiológicos em questão

Para atuação da EqSF a territorialização, é um passo inicial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, além do desenvolvimento de vínculos entre os serviços de saúde e a comunidade, pois:

a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (distritos sanitários e município), (MONKEN e BARCELLOS, 2005, p.04).

A partir de minha experiência como Gestora em Saúde e Preceptora da RMSF afirmo que o serviço de saúde necessita de recursos humanos com competência para atuar no planejamento e avaliação das ações das ESF, destacando que o processo de formação destes profissionais ainda apresenta lacunas de conhecimento, situação que podem influenciar negativamente na integralidade da assistência prestada a população, e vejo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família uma estratégia para o alcance da formação deste profissional, em virtude utilização de tecnologias inovadoras para o ensino em serviço.

É com respaldo no contexto relatado que meu estudo buscou respostas para os seguintes questionamentos: Quais as concepções dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família sobre Planejamento em Saúde, e até que ponto este Planejamento está fundamentado na territorialização como espaço de relações políticas, sociais e econômicas?

O objetivo principal do estudo foi analisar os saberes dos estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre o planejamento das ações de saúde e sua relação com as dimensões políticas, sociais e econômicas do território. Bem como:

- a) Identificar os saberes e práticas dos Residentes sobre o planejamento de ações de saúde;
- b) Conhecer os saberes dos Residentes quanto ao planejamento de ações em saúde, com base na territorialização;
- c) Contribuir com a construção de um instrumento orientador para o ensino da ação planejada, no âmbito da ESF, na perspectiva da aproximação entre a Gestão, ensino, serviço e comunidade.

Na pesquisa que realizamos, ampliamos o estudo sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, em especial a Residência Multiprofissional em Saúde Família, oferecida pela Universidade do Estado do Pará, com foco no ensino do Planejamento em Saúde com base na territorialização.

O Estudo está sendo apresentado tendo a Introdução que elenca a contextualização do tema em estudo, apresentando a situação problema e objetivos do estudo. O Capítulo I demonstra as bases teóricas que fundamentam o mesmo, focada em literaturas que abordam a historicidade das Residências Multiprofissionais em Saúde, o Planejamento em Saúde e o processo de Territorialização na Estratégia Saúde da Família. No segundo capítulo apresenta-se a metodologia utilizada na sistematização da pesquisa, uma análise de conteúdo fundamentada em Laurence Bardin. O quarto capítulo consiste na análise e discussão dos resultados encontrados a cerca da concepção dos residentes sobre Planejamento em Saúde com base na Territorialização. Por fim elencamos o produto final desta pesquisa e as considerações finais.

CAPITULO I

BASES TEÓRICO- CONCEITUAIS

Para fundamentar o estudo foram selecionadas literaturas que abordam os seguintes temas: Residências Multiprofissionais em Saúde e sua inserção no cenário educativo, Planejamento em Saúde na Estratégia Saúde da Família e Territorialização em Saúde.

1. RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Com vistas à formação dos recursos humanos para o SUS, foi criada em âmbito nacional a “Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS”, que apresenta como objeto as necessidades de saúde da população e tem como objetivo a educação voltada para a transformação da realidade. Utilizando a estratégia da Educação Permanente como eixo transversal e transformador da realidade e a regulação da formação conforme a necessidade do SUS (BRASIL, 2003).

Porém, fundamentada em minha vivência profissional no serviço de saúde a nível municipal, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída nacionalmente em 2017, ainda se encontra enfraquecida em âmbito municipal, tanto que após 10 anos de sua implantação, está passando por processo de revisão para que seja atualizada frente as atuais demandas do Sistema Único de Saúde.

Para o fortalecimento da PNEPS, em 28 de novembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 3.194 que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS, instituindo incentivos financeiros de custeio para implementação, execução e gestão do PRO EPS-SUS, tanto em nível Estadual quanto Municipal. Objetivando estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. (BRASIL, 2017, s/p).

Continuando na formação e qualificação dos recursos humanos para o sistema de saúde, podemos citar os cursos ofertados pelo Sírio Libanês, cursos EAD da Universidade do SUS – UNASUS, cursos pelo AVASUS, entre outros.

Para acompanhar e fortalecer a Política de Recursos Humanos, o Ministério da Saúde, instituiu em 2013, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no intuito de criar uma estratégia de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal. Esta secretaria é composta por dois departamentos: Gestão e Regulação do Trabalho e da Educação na Saúde e Gestão da Educação na Saúde (BRASIL, 2003, p.23).

O Ministério da Saúde, cumprindo o seu papel de gestor federal, elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber: Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005.

Porém, a meu ver ainda, com a criação da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, institucionalizou-se o que orienta a Lei Orgânica da Saúde em seus Títulos II e IV, que abordam a formação de recursos humanos para o SUS, mas não avançou na questão da fixação destes profissionais qualificados juntos ao serviço de saúde, pois vivencio a rotatividade constante de profissionais na rede de serviços de saúde por falta de vínculos efetivo junto ao município, que é a realidade que vivencio.

Voltando ao objeto do estudo, na questão da formação profissional em se tratando de pós-graduação, cabe destacar os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Residências Multiprofissionais). No estudo intitulado “Residência Multiprofissional em Saúde: experiência, avanços e desafios”, Brasil (2006), demonstra a evolução e importância dessa política de formação de profissionais para o sistema de saúde, as quais existiam desde 1975, mas só em 2005 foram regulamentadas, por meio da promulgação da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e também da criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O programa de residência resulta da união de esforços entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o SUS, na busca da integralidade do cuidado.

Residências Multiprofissionais em Saúde são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária,

Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica. Excetuando-se a área Médica. Seus projetos políticos pedagógicos estão apoiados no treinamento em serviço.

No Estado do Pará, destacamos o programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará – UEPA, em parceria com os hospitais e Secretarias Estadual e Municipais de saúde. Está dividido em seis áreas de concentração: Atenção à Saúde Mental; Atenção à Saúde Cardiovascular; Urgência e Emergência no Trauma; Oncologia nos Cuidados Paliativos; Atenção à Saúde da Mulher e da Criança e Estratégia Saúde da Família. Dentre estas me reportarei a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - RMSF, que o objeto de estudo, em especial os residentes.

Antes de abordarmos a RMSF da UEPA cabe um ampliar de conhecimento sobre as definições e papel do professor nas Residências.

1.2. ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR, SUPERVISOR, TUTOR E MENTOR NAS RESIDENCIAS EM SAÚDE

Com a criação das residências profissionais as quais contam com profissionais experientes para auxiliar na formação do profissional aprendiz, identificamos no estudo de Botti e Rego (2007) conceitos para denominar este profissional com mais experiência, e encontramos as seguintes definições: Preceptor, Tutor, Supervisor e Mentor.

Preceptor, os referidos autores colocam que este termo pode *designar o profissional que não é da academia e que tem um importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho* (p. 365), para o ensino médico tem a função de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão (p. 365). Também deve ser estendido para o ensino dos demais profissionais de saúde.

Compete ao preceptor promover a integração entre as teorias e valores das Instituições de ensino a do trabalho, promovendo ao profissional em formação a capacidade de desenvolver meios factíveis para enfrentar e resolver os problemas cotidianos da atenção á saúde, eles podem além de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos mesmos.

Supervisor, de acordo com os autores está relacionado a profissionais do ensino, em detrimento ao preceptor, que é um profissional do serviço. Apresentam a função de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais recém-graduados, fomentando neste a utilização adequada o tempo, por meio de priorização de procedimentos e atitudes.

Eles destacam que a função do supervisor prima por levar a adoção de padrões e modelos que levam a análise de desempenho, dos recém-graduados, e que por isso podem ser vistos de forma punitiva, disciplinar, ou seja, que os mesmos estão apenas para ver se as atividades estão sendo realizadas corretamente, visão totalmente equivocada, pois o que o supervisor tem como objetivo é que o recém-graduado exerça corretamente e com excelência a função que lhe foi atribuída.

Tutor, nos tempos antigos era o que fazia o papel de guardião, protetor, defensor, e outros termos semelhantes. Este preocupa-se em ensinar ao aluno a “aprender a aprender”. O Tutor, na metodologia ativa denominada Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), é peça importante para a condução da dinâmica. Ele coloca a aprendizagem centrada no aluno e se comporta como um facilitador, um guia a auxiliar os alunos para o alcance dos objetivos traçados. Diferente do Preceptor e do Supervisor, não necessariamente, esta sempre junto do recém-graduado, podem ocorrer encontros semanais, ou outros meios de comunicação, para discussão da prática realizada no ambiente que eles estão inseridos, BOTTI e REGO (2007).

Mentor, assim como os anteriores, é um profissional experiente, que também tem a função de guiar, orientar e aconselhar os recém-graduados, porém transcende apenas os objetivos do curso, haja vista que os auxilia também na busca de suas realizações/objetivos pessoais. Ele mantém uma relação próxima como aluno, fomenta o desenvolvimento de raciocínio crítico, constrói uma relação bilateral, onde um cresce com o outro, BOTTI e REGO (2007).

Ao conhecer as definições e atribuições colocadas por Botti (2007), me volto para minha participação como Preceptora da RMSF/UEPA, e me reconheço fazendo a função de Preceptora, apesar do texto não elencar, reconheço também a figura do coordenador da Residência, porém os outros citados pelo autor, não consigo identificar na organização da residência. Esta situação, da falta de clareza de atribuições, necessita ser abordada dentro da mesma, com o objetivo de melhoria do processo de ensino do programa junto ao profissional aprendiz.

Neste estudo ao analisar os conceitos podemos observar a importância de cada um deles, como eles se aproximam, tem um objetivo comum, e todos convergem para a questão ética e moral do profissionalismo, pois esse profissional experiente também um parâmetro para este recém-formado.

1.3. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UEPA

A RMSF tem à Atenção Básica como espaço de atuação, contribui com revisão do modelo assistencial, para formar um novo profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades dos usuários, família e comunidade, contribuindo para a ampliação da resolutividade da Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, tendo em seu Projeto Político pedagógico a utilização de metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar SILVA E SANTOS (2012), e é ofertada desde 2012 pela Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Como diretrizes pedagógicas o projeto utiliza o uso de estratégias pedagógicas que “estimulem o crescimento pessoal e profissional do residente, a saber: metodologias ativas, com avaliação somativa, formativa e participativa”. (SILVA e SANTOS, 2012, p. 4).

Quanto à organização das residências, contam com corpo docente da instituição UEPA e professores convidados. No campo de prática (o Serviço) os professores são denominados de Preceptores.

A articulação com os Gestores Estadual e Municipal, através de Comissão de *Acompanhamento de Contratos do Hospital*, propicia a criação e organização das áreas de concentração e dos campos comuns de prática, levando em consideração as demandas do Sistema de Saúde, para que o egresso tenha uma formação que lhe permita visualizar a organização e o funcionamento deste sistema.

A RMSF tem como campo de prática, o Serviço, as secretárias Municipais ou Estaduais de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, dos municípios de Belém, Ananindeua e Benevides.

Atualmente a RMSF é composta pelas seguintes profissões: Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional.

Quanto ao ensino, ele é desenvolvido em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão docente-assistencial de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Tem duração de 02 (dois) anos, com uma carga horária total mínima de 5.760 horas, sendo 20% de aulas teóricas e 80% de intervenção na prática. A teoria é distribuída nos núcleos Comuns e Atividades Específicas.

No primeiro ano (R1), é desenvolvido o núcleo comum, com atividades teóricas e práticas, os residentes conhecem o Sistema de Saúde, desenvolvem ações de assistência à saúde dos indivíduos e da coletividade, conhecem o processo de trabalho da ESF e NASF, assim como elaboram e cadastram na plataforma Brasil o Projeto de Pesquisa. No segundo ano (R2), os residentes devem conhecer a Gestão do Serviço de Saúde, as atividades de assistência à saúde dos indivíduos e coletividade, bem como devem concluir sua pesquisa. Abaixo quadros demonstrativos das Atividades do Núcleo Comum e Específico.

Quadro 2 – Distribuição das atividades teóricas do Núcleo de Atividades Comuns, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado do Pará.

| ATIVIDADES TEÓRICAS | CARGA HORÁRIA | |
|--------------------------------------|---------------|-------------|
| | Semanal | Anual |
| Bioestatísticas e Epidemiologia | 3hs | 90 |
| Biossegurança e Vigilância em Saúde | 3hs | 60 |
| Gestão nos Serviços de Saúde | 3hs | 60 |
| SUS e as Políticas Públicas em Saúde | 3hs | 60 |
| Ética, bioética e sociedade. | 3hs | 60 |
| Metodologia Científica da Pesquisa | 3hs | 60 |
| Seminário Temático | 3hs | 60h |
| TOTAL | | 450h |

Fonte: Silva e Santos (2015, p. 18)

Quadro 3 – Distribuição das atividades teóricas do Núcleo de Atividades específica transversal, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará.

| N | ATIVIDADES TEÓRICAS | CARGA HORÁRIA | |
|---|---|---------------|-------|
| | | Semanal | Anual |
| 1 | Educação, saúde e participação comunitária. | 3hs | 30 |
| 2 | Estratégia Saúde da Família | 3h | 30 |
| 3 | Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 3h | 30 |
| 5 | Atenção à saúde por ciclo de vida: saúde da | 4h | 120 |

| | | | |
|--------------|---------------------------------------|----|------|
| | criança, adolescente, adulto, Idoso. | | |
| 9 | Planejamento e Administração em Saúde | 3h | 40 |
| TOTAL | | | 220h |

Fonte: Silva e Santos (2015, p. 18)

Ao conhecer o Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEPA, em especial o ensino das temáticas Estratégia Saúde da Família e Planejamento em Saúde na ESF, observamos que as mesmas constam no Núcleo de Atividades Específicas Transversal, do módulo teórico, com carga horária de 30h e 40 h respectivamente. Competindo aos docentes responsáveis a descrição e planejamento do ensino dos mesmos e entregar a coordenação do curso antes do início do semestre letivo, assim são descritas as referidas temáticas:

11.6. DISCIPLINA: Planejamento e Gestão em Serviços na ESF, EMENTA: Ferramentas para gestão da Qualidade em Saúde da Família. Conceitos e Visão sistêmica de Melhoria da Qualidade em Saúde da Estratégia Saúde Família (PMAQ/AMAQ). Habilitação e implantação das Equipes da Estratégia Saúde da Família. Organização e avaliação da assistência. O Pacto pela Saúde. Responsabilidades da gestão e Gerente de Unidade de Saúde da Família. **Metodologias de ensino:** Aulas dialógicas, PBL, Seminários, **Metodologias de avaliação:** Avaliação formativa e somativa. (Silva e Souza, 2015, p. 24).

11.7. DISCIPLINA: Estratégia Saúde da Família, EMENTA: A saúde da família e a estratégia de organização da atenção primária de saúde; a família nas políticas sociais; atenção à saúde da família e grupos da comunidade; Estratégia de Saúde da Família: histórico, organização, evolução, resultados. Princípios, avanços e desafios. **Metodologias de ensino:** Aulas dialógicas, PBL, Seminários. **Metodologias de avaliação:** Avaliação formativa e somativa. (Silva e Souza, 2015, p. 24).

As “Atividades Práticas”, que de acordo com o PPP são 80% do total de carga horária da residência:

Têm como finalidade propiciar ao residente a oportunidade de vivenciar, conhecer a realidade de sua área de concentração e desenvolver, no residente, a capacidade e habilidade técnica específica para a assistência ao paciente em sua área de conhecimento. Tais atividades serão acompanhadas por preceptores e tutores que são profissionais da assistência ou da academia... Estes momentos serão comuns para os diferentes profissionais da área de Concentração/Programa, permitindo o trabalho em equipe, na assistência prestada ao usuário (Silva e Souza, 2015, p.18).

Contudo não foram identificados, no PPP como essas aulas práticas se desenvolvem na Assistência/Serviço, e nem se o Preceptor tem que entregar previamente a coordenação o planejamento das atividades que serão realizadas.

Cabe afirmar que a RMSF desempenha um papel fundamental na formação de recursos humanos, pois seus eixos norteadores estão voltados para formação de um profissional com ampla visão do cuidar, e fundamentados nos princípios e diretrizes SUS a partir das necessidades locais e regionais, propondo o desenvolvimento de competências, nos mesmos, voltadas para: Atenção à Saúde; Tomada de Decisão; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; e Educação Permanente.

2. PLANEJAMENTO EM SAÚDE

A origem do planejamento de acordo com Lacerda, Botelho e Colussi (2012), se dá na área administrativa, tendo como principal foco o processo de trabalho, o qual visava o aumento da produtividade e na racionalidade econômica das organizações, compondo o ciclo administrativo, demonstrando um aplicar para além do escopo da eficiência.

Para entender os tipos de planejamento, nos baseamos no estudo de Merhy (1995), que demonstra a historicidade do processo de planejamento.

Este autor coloca que a partir de 1960, na América Latina, surge o debate sobre o Planejamento Social em Saúde, apresentado para os diferentes componentes do setor saúde, sob a forma da Programação em Saúde – Método CENDES/OPAS (parceria com o Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), este método alicerça-se:

nas correntes tayloristas e fayolistas da Teoria Geral da Administração, que se colocam como tecnologias para gerir processos de trabalho e para desenhar organizações-produtoras, que também se pautam pela intensa normatização dos processos gerenciais, na busca de um ótimo de relação entre meios disponíveis e fins produtivos”. (MERHY, 1995, p.133).

Porém o autor coloca que com a Programação em Saúde, proposta pelo CENDES-OPS, foi esquematizada na lógica do planejamento normativo, atribuindo a uma unidade gestora, não leva em consideração outros influentes no processo de planejar, pois:

a construção de regras de gerenciamento e desenhos organizacionais, que permitam obter um ótimo de relação entre instrumentos e danos”, Já o conjunto dos instrumentos a serem utilizados não é dado pelo método;

pertencem a uma leitura específica, feita do ponto de vista técnico assistencial, sobre o que são danos e os instrumentos que podem impactá-los. (MERHY, 1995, pag. 134).

Neste sentido “Planejar” compreende levar em consideração a historicidade dos sujeitos formuladores de políticas e suas tecnologias de intervenção, (MERHY, 1995, p. 135). Posteriormente foi incorporada ao planejamento de políticas de saúde, a dinâmica do sistema político, com seus atores, organizações e mecanismos de demanda, surgindo, assim, o Pensamento Estratégico em Saúde.

Para o homem atual, o planejamento, aplica-se em três situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações (vinculado ao processo de trabalho); como prática social transformadora (abordagem de novas relações sociais alternativas à lógica do mercado) e como método de ação governamental (produção de políticas).

O autor aponta também quatro caminhos para o planejamento em saúde no Brasil: a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento estratégico comunicativo e a gestão estratégica em saúde. O autor afirma que esses caminhos, tem algo em comum como podemos observar “uma vez que reconhecem um clima de crise na forma atual de organizar o setor saúde e a necessidade de reformar suas práticas”, (MERHY, 1995, pag. 139).

Concordamos com o autor quando ele sugere que o caminho da gestão estratégica em saúde é o que melhor se adequa as necessidades atuais, pois aborda a relação entre o Estado e a Sociedade, e busca apoiar-se nos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional, no Pensamento Estratégico e na Análise Institucional, não deixando de lado um pouco do pensamento dos outros caminhos.

É importante a reflexão que faz Lacerda, Botelho e Colussi (2012), sobre a complexidade do Sistema Único de Saúde no Brasil, e que precisa ser levada em consideração ao ser iniciado o processo de planejamento, como demonstrado na figura a baixo:



Fonte: Lacerda et al (2012, pag. 17)

Os autores também ofertam um quadro comparativo entre os Planejamentos normativo e o estratégico.

| PLANEJAMENTO NORMATIVO | PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Predições únicas; • plano por setores; • certeza; • cálculo técnico; e • sujeitos são agentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Várias apostas em cenário; • plano por problemas; • incertezas e surpresas; • cálculo técnico-político; e • sujeitos são atores. |

Fonte: Lacerda et al (2012, p. 19)

Para o Planejamento em Saúde abordado no estudo realizado, nos fundamentaremos no Planejamento Estratégico Situacional - PES, proposto por Carlos Matus, e exemplificado por Lacerda et al (2012). Apresenta-se a seguir síntese dos momentos do PES:

Momento Explicativo

Passo 1 – Diagnóstico: O primeiro passo, portanto, para identificar os problemas e as necessidades de saúde de uma população consiste em conhecer o seu território de atuação. A definição do território sob a responsabilidade da sua equipe de saúde deve levar em conta diversos condicionantes existentes na área e a partir deste reconhecimento elencar, com todos os atores sociais envolvidos no planejamento, os problemas do território em que estão inseridos.

Passo 2 – Priorização de Problemas: estabelecer uma ordem de prioridade para solução de alguns problemas, levando em consideração os seguintes parâmetros:

- A **magnitude** é relacionada com o tamanho do problema. Quantas pessoas são atingidas e com qual frequência?
- A **transcendência** trata-se da importância do problema. Quanto mais gente se interessa, maior transcendência e importância tem o problema;
- A **vulnerabilidade** é o grau de fragilidade que um problema tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto mais fácil é a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído por meio de uma intervenção, mais vulnerável ele é;
- Os **custos** são referentes à quantidade de recursos que precisam ser disponibilizados para solucionar o problema. LACERDA et al (2012, p. 47)

Para entender melhor, magnitude, transcendência e vulnerabilidade, operam em proporção direta; o último, custo, em proporção inversa, ou seja, quanto maior os três primeiros, maior a evidência do que deve ser priorizado, e quanto menor o custo de intervenção, mais é indicativo da possibilidade de ser priorizado.

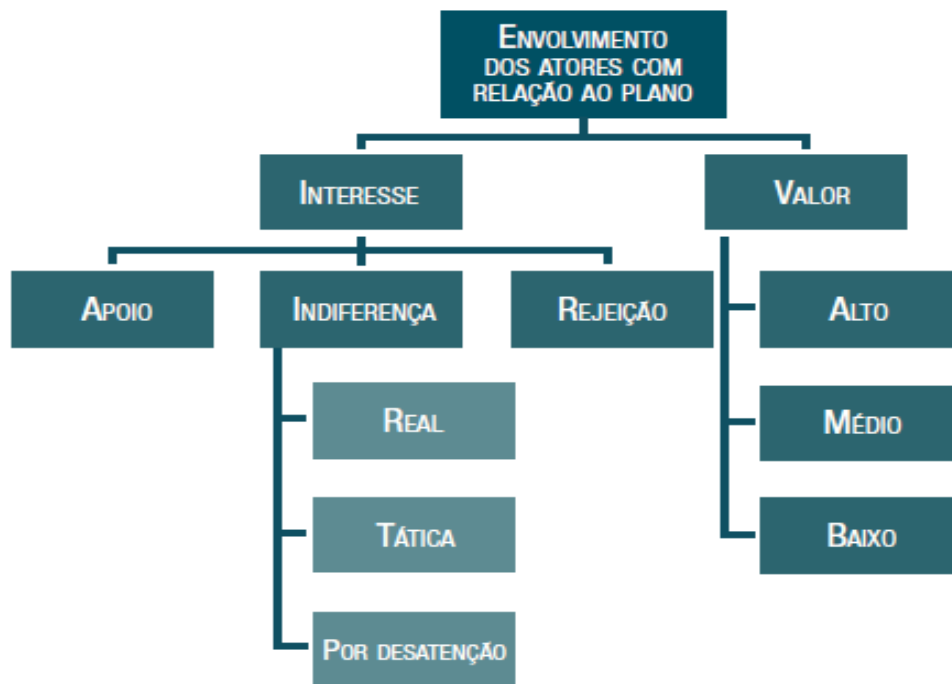
Passo 3 – Descrição e explicação dos problemas: trata-se de caracterizar o problema, para que possamos ter a dimensão e localização do que é preciso enfrentar, o que orientará posteriormente o descritor de resultados. Nesta etapa pode identificar mais de um descritor para cada problema elencado.

Momento Normativo

Passo 4 – Definição de Estratégias: confecção do plano de ação, com objetivos e metas para solução dos problemas priorizados. Cada ação deve estar atrelada a um objetivo específico, prevendo também, no plano, os recursos, os responsáveis, os prazos e os produtos esperados.

Momento Estratégico

Também é aplicado no passo 4, nesta etapa do planejamento é avaliado a viabilidade e a factibilidade do plano construído, efetua-se uma análise mais abrangente, com o intuito de detectar dificuldades e facilidades gerais. As ações são divididas em dois grupos: as que podem ser realizadas apenas pela sua equipe com os recursos que ela possui; e as que precisarão de outros recursos e apoios para serem realizadas. Abaixo segue matriz para análise de viabilidade e factibilidade do plano.



Fonte: Lacerda et al (2012, p. 55)

Momento Tático-Operacional

Passo 5 – Definição dos procedimentos de avaliação e monitoramento da implementação da ação: é o momento de executar o plano, de intervir para alcançar os objetivos, acompanhar e monitorar as ações propostas e de definir os momentos avaliativos, para sabermos se vamos alcançar ou não os objetivos traçados, ou se será necessário, mudar/adequar alguma ação.

Define-se, quem acompanha o desenvolvimento do plano, um calendário periódico de reuniões de acompanhamento e os instrumentos de prestação de contas das ações: relatórios escritos ou verbais, planilhas, gráficos, tabelas. “É possível avaliar o plano a partir do grau de satisfação dos usuários, do cumprimento de metas e ações, da relação custo-benefício, ou do impacto dos resultados sobre a população”, (LACERDA, et al, 2012, p. 57).

3. TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Após conhecer e compreender o que é planejamento, aqui me debruço sobre a primeira etapa do mesmo, a elaboração do diagnóstico de área, o qual perpassa pelo reconhecimento do território em que a equipe de saúde está inserida, em especial a Equipe de Saúde da Família – EqSF.

A territorialização, consiste em um dos alicerces da organização do processo de trabalho e das práticas de saúde da EqSF. Ela emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (distritos sanitários e município), MONKEN E BARCELLOS (2005).

Os autores também afirmam que:

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. MONKEN E BARCELLOS (2005, pag. 899).

Para uma boa definição do território, a EqSF deve identificar, de acordo com Lacerda, et al (2012), os seguintes pontos:

- O fluxo da população nas ruas, os transportes, as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população à unidade e à circulação no bairro;
- As características das moradias e do seu entorno; • as condições de saneamento básico;
- A infraestrutura urbanística – características da ocupação do espaço urbano, como ruas, calçadas, praças, espaços de lazer e paisagismo;
- As condições do meio ambiente, como desmatamento ou poluição;
- Os principais equipamentos sociais, como escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que a população utiliza para desenvolver a sua vida no território;
- As áreas em situação de risco que pode ser de várias ordens.

De posse dessas informações, a EqSF deve partir para o aprimoramento do mapa de abrangência da equipe de saúde, este novo mapa, que pode ser denominado mapa social ou mapa inteligente, deve ser “capaz de informar mais do que apenas os acidentes geográficos ou as obras viárias e construções ali instaladas. Um mapa inteligente evidenciará informações que antes constavam ocultas”, (LACERDA, et al, 2012, p.41).

Para conclusão da territorialização, a equipe deve identificar o diagnóstico dos indicadores da sua área de abrangência, como:

- a) Indicadores demográficos: total da população na área e sua distribuição por sexo e faixa etária.

b) Indicadores socioeconômicos: condições de moradia, educação, renda familiar, trabalho, lazer, segurança.

c) Indicadores de nível de saúde: natalidade, mortalidade, morbidade (doenças de notificação compulsória), cobertura vacinal, condições de saneamento básico e meio ambiente.

d) Outras informações: indicadores de oferta de serviços de saúde (rede pública e privada) na área de abrangência.

Os autores afirmam que a partir da caracterização da população, é necessário estabelecer um processo de reflexão e de discussão coletiva em torno das informações existentes, aproveitando a experiência acumulada dos atores envolvidos – gestores, técnicos, profissionais de saúde, comunidade – para a identificação dos problemas propriamente ditos.

Com a conclusão da territorialização obtemos também o diagnóstico local de saúde, o qual demonstra os problemas e necessidades da população assistida pela equipe. Um bom diagnóstico será essencial para o alcance de um bom planejamento em saúde.

CAPITULO II
CAMINHO METODOLOGICO

1. TIPO DE ESTUDO

Apresentamos um estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo.

2. CENÁRIO DO ESTUDO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertado pela Universidade do Estado do Pará – UEPA, foi o cenário deste estudo, localizado no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Campus II, localizado na travessa Perebebuí nº 2623, Marco.

3. PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram 21 Residentes, matriculados na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará – UEPA, compreendendo graduados da área de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Odontologia.

A escolha dos participantes ocorreu observando o tempo de curso da residência, sendo necessário que os mesmos estivessem finalizando o primeiro e segundo ano da mesma, pois todos já teriam passado pelas atividades do eixo comum, eixo que oferta os conhecimentos do Sistema de Saúde, desenvolvem ações de assistência à saúde dos indivíduos e da coletividade, conhecem o processo de trabalho da ESF e NASF.

4. Produção de Dados

Para explorar o objeto desta pesquisa, aplicou-se a técnica de entrevista, orientada por um roteiro com questões semi-estruturadas (Apêndice 1). A entrevista é uma técnica importante para a produção de dados, sendo básica e relevante tanto em atividades científicas como em outras atividades humanas. É uma das principais técnicas aplicadas em pesquisas no campo das Ciências Sociais, constituindo-se em uma porta de acesso às realidades sociais (POUPART, 2008), além de permitir acessar os saberes e experiências dos sujeitos.

Na estruturação do instrumento que foi aplicado para viabilizar a entrevista, a primeira parte do roteiro foi composta por questões que visaram captar o perfil dos sujeitos, como tempo de formação, experiência na área, e outros. A segunda parte contou com perguntas abertas que visaram à exploração do objeto de estudo para

responder as questões norteadoras da pesquisa e se alcançar os objetivos delineados.

Foi realizado previamente o contato com os residentes, para que os mesmos indicassem dia, horário e local para viabilidade da coleta. Os locais variavam entre seus campos de prática e a universidade no período de suas aulas teóricas. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos por participante.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento de todos e depois transcritos na íntegra, para o programa Microsoft Office Word 2010 do Windows para análise e organização das categorias por similaridade nas informações.

5. Organização e Análise de dados

Para este estudo, foi escolhida a abordagem da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) por considerá-la uma técnica rica, no que se refere aos dados expressos pelos sujeitos, bem como, objetiva e sistemática, a autora a descreve como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens, (BARDIN, 2011, pag. 48).

O tipo foi a temática pela sua adequação ao estudo em questão. Ao aplicar este tipo de análise, os depoimentos foram decompostos em unidades de registro que sofreram classificação de acordo com a frequência de ocorrência dos temas presentes, em acordo com as questões feitas aos sujeitos (OLIVEIRA, 2008). No refinamento da análise também foi identificada a coerência para que se pudesse empreender mais densidade à classificação temática.

Paralelo à classificação das unidades de registros por temas, foram assinaladas as unidades de contexto para que os depoimentos não sofressem fragmentação excessiva e os sentidos atribuídos pelos sujeitos se perdessem na quantificação das frequências dos temas.

A integração das unidades de registros, após a classificação temática, às suas unidades de contexto, levou à formação dos núcleos de sentido da comunicação quando, rigorosamente, para a formação das categorias empíricas, foi aplicado o método quantitativo de contagem da frequência da ocorrência e

coocorrência dos temas nas unidades de registro. Após isto, procurou-se empreender a análise qualitativa dos sentidos dos mesmos.

Seguindo a metodologia de análise de Bardin (2011) foram adotadas três etapas: na primeira foi feita a seleção dos depoimentos, tendo como base os objetivos definidos para o estudo e a aproximação com as bases teórico-conceituais adotadas. Nesse momento, a leitura flutuante foi aplicada como forma de facilitar essa aproximação. Em seguida, o corpus da pesquisa foi organizado em atendimento aos princípios da validade. O passo seguinte foi a exaustiva exploração do material buscando alcançar as unidades de registro dos depoimentos, agregando as informações como forma de chegar à categorização empírica, após foi possível passar à interpretação e análise à luz dos conceitos das teorias que servem de base ao Estudo.

A aplicação do método de análise descrito levou à formação de eixo de organização dos temas, que serviram de base para a formação das categorias empíricas de análise, a saber:

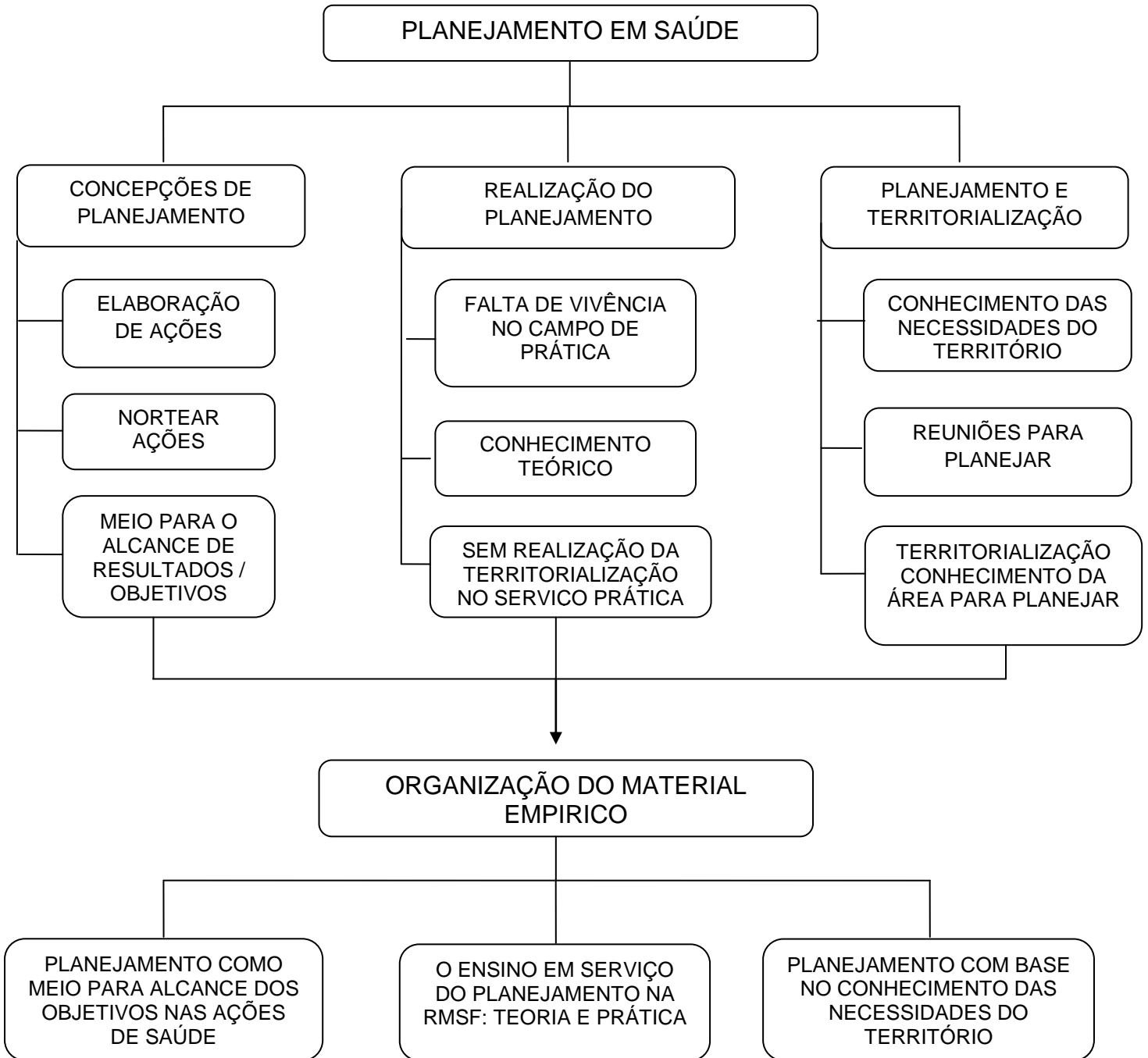
1º Tema eixo: Concepções de Planejamento, que apontou os seguintes temas: elaboração de ações, nortear ações e meio para o alcance de resultados / objetivos;

2º tema eixo: Realização do Planejamento, que apontou os seguintes temas: falta de vivência no campo de prática, conhecimento teórico sem realização da territorialização no serviço prática;

3º Tema Eixo: Planejamento e Territorialização, que apontaram os seguintes temas: conhecimento das necessidades do território, reuniões para planejar, equipe unida para planejar, territorialização conhecimento da área para planejar.

De posse deste mapeamento de organização e análise exploratória do material empírico, estrutura-se o capítulo de resultados e discussão que compreende a análise das três Categorias que emergiram do estudo, as quais são: Planejamento como meio para alcance dos objetivos nas ações de saúde; O ensino em serviço do planejamento na RMSF: teoria e prática; e Planejamento com base no conhecimento das necessidades do território.

Esquema 1: Formação das categorias empíricas de análise



6. Aspectos Éticos

Esta pesquisa realizou-se em concordância com os princípios previstos na resolução nº 466, de 12 de dezembro, de 2012 em que se incorporam, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Na realização das entrevistas, os residentes que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apêndice 2, para manter o anonimato dos mesmos foi utilizada a codificação por letras R, e a numeração da ordem de realização das entrevistas 1, 2, 3... ficando desta forma a codificação dos participante do Estudo como R1. R2. R3.

CAPITULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as questões que nortearam este Estudo, os objetivos propostos e em consonância a metodologia utilizada, apresentam-se os resultados obtidos. No primeiro momento apresentamos a caracterização dos participantes da pesquisa e as Categorias de Análises, as quais foram: Planejamento como meio para alcance dos objetivos nas ações de saúde; O ensino em serviço do Planejamento na ESF e Planejamento com base no conhecimento das necessidades do Território.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A respeito dos entrevistados, residentes participantes do Programa de Residências Multiprofissional em Saúde da Família da UEPA, os mesmos foram codificados de acordo com o ano de curso da residência e a ordem de respostas as entrevista. A seguir apresenta-se perfil dos participantes do Estudo.

TABELA 01: Perfil dos entrevistados quanto a distribuição por ano de residência, sexo, faixa etária, profissão e tempo de formação.

| VARIÁVEIS | RESIDENTES | |
|------------------------------------|------------|-----|
| | QUANTIDADE | % |
| ANO DE RESIDÊNCIA | | |
| R1 | 10 | 49% |
| R2 | 11 | 51% |
| SEXO | | |
| Feminino | 16 | 76% |
| Masculino | 5 | 24% |
| FAIXA ETÁRIA (em anos) | | |
| 23 a 25anos | 9 | 43% |
| 26 a 30 anos | 11 | 52% |
| Acima de 40 anos | 1 | 5% |
| FORMAÇÃO PROFISSIONAL | | |
| Enfermagem | 6 | 29% |
| Fisioterapia | 7 | 33% |
| Terapia Ocupacional | 7 | 33% |
| Odontologia | 1 | 5% |
| TEMPO DE FORMAÇÃO (em anos) | | |
| 1 ano | 9 | 43% |
| 2 a 5 anos | 12 | 57% |

| | | |
|---|----|-----|
| acima de 5 anos | 0 | 0% |
| TITULAÇÃO ACADÊMICA | | |
| Graduação | 19 | 90% |
| Especialização | 2 | 10% |
| EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (na área de formação) | | |
| SIM | 4 | 19% |
| NÃO | 17 | 81% |
| EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA (dos que possuíam experiência profissional) | | |
| SIM | 01 | 25% |
| NÃO | 03 | 75% |

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Na tabela 01 podemos observar que os participantes quanto ao ano de residência em sua maioria foram do segundo ano de residencia - R2 (51%), apresenta o sexo feminino em maior numero (76%), faixa etária dos entrevistados entre 23 a 30 anos (93%). Observamos um equilíbrio entre as profissões participantes da residência, mas chama a atenção a participação da Odontologia (05%), a qual foi inserida no Programa no ano de 2015 com 2 vagas. A maioria tem entre 2 a 5 anos de formados (57%), e tendo como titulação somente a graduação (90%). Quanto a experiência profissional a maioria Não possui experiência (81%), dos que referiram ter experiência (04 – 19%), somente 01 (25%) afirmou já ter atuado na Atenção Básica.

Ao conhecer o perfil dos entrevistados concluímos que são jovens graduados, na maioria do sexo feminino, apresentando pouca experiência profissional, na Atenção Básica ou em sua área de formação.

Esse perfil nos leva a refletir que tais profissionais estão á busca de qualificação profissional, e por afinidade escolheram cursar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, entre outras, como primeira pós-graduação, ou apesar de não ter sido objeto do estudo, a falta de experiência na área se deu por falta de inserção no mercado de trabalho e a perspectiva da bolsa de estudo e afinidade da área trouxeram este profissional a cursar a RMSF.

Independente do motivo, o fato deste profissional estar cursando e finalizar esse programa, já contribui para um recurso humano na área da saúde mais preparado para a necessidade do serviço de saúde, “Conhecimentos, habilidades e atitudes, seriam os recursos com que os especialistas egressos das residências

contariam para interpretar os contextos onde se desenvolvem os processos de trabalho, e pautarem suas ações” (AGUIAR, org. 2017, p. 184). Os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde são de fato uma estratégia importante para a formação deste profissional que o sistema de saúde necessita.

PLANEJAMENTO COMO MEIO PARA ALCANCE DOS OBJETIVOS NAS AÇÕES DE SAÚDE

Planejamento sua historicidade, desenvolvimento e aplicação, sempre esteve presente na história da humanidade, e por meio dele, busca-se compatibilizar um conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, além da melhor forma de utilização de recursos escassos. (RIVIERA; ARTMANN, 2012).

Para Merhy (1995) planejar compreende levar em consideração a historicidade dos sujeitos formuladores de políticas e suas tecnologias de intervenção, sendo incorporada ao planejamento de políticas de saúde, a dinâmica do sistema político, com seus atores, organizações e mecanismos de demanda, surgindo, assim, o Pensamento Estratégico em Saúde.

O autor aponta também quatro caminhos para o planejamento em saúde no Brasil: a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento estratégico comunicativo e a gestão estratégica em saúde. Afirma que esses caminhos, cada um a seu modo “reconhecem um clima de crise na forma atual de organizar o setor saúde e a necessidade de reformar suas práticas (MERHY, 1995, pag. 139).

Nesta Categoria os Residentes apresentam suas concepções sobre o Planejamento em Saúde, apresentando-o como algo primário, como meio para elaboração de ações em saúde para o alcance de objetivos efetivos para o indivíduo e comunidade, como demonstrado nas falas abaixo:

*[...] no **planejamento na estratégia é uma das primeiras coisas que a gente deveria fazer, pra traçar os objetivos** [...]* R1

*[...] o **planejamento dentro da ESF é primordial, sem um planejamento é difícil acompanhar os objetivos da ESF.*** (R3).

*Sobre planejamento e Estratégia Saúde da Família eu entendo que, dentro do trabalho da ESF a **gente começa a traçar definir os instrumentos que vamos utilizar pra alcançar determinados objetivos** [...].* (R6)

[...] planejamento na Equipes de Saúde da Família é algo fundamental, sem o qual **não é possível você desenvolver ações que sejam efetivas para aquela comunidade** [...]. R11

[...] É uma **etapa muito importante**, que **deve anteceder as ações** pra que as **ações tenham êxito** [...]. (R16)

Essas concepções corroboram com Paim (2008, p.770) “Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa a improvisação. É reconhecido como método, ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração e como processo social em que participam sujeitos, individuais e coletivos. (PAIM, 2008).

Nos estudos realizados por Lacerda et al. (2012) afirma que o Planejamento em Saúde é definido como um instrumento contínuo para diagnosticar a realidade e propor as alternativas para transformá-la, demonstrando os meios para que isso aconteça e as oportunidades para executar as ações pensadas, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, de acordo com o seu Projeto Político e Pedagógico - PPP (2015) propõe entregar a sociedade profissionais críticos-reflexivos, e com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência loco regional, que irão intervir favoravelmente no processo saúde doença dos indivíduos, família e comunidades. Ela apóia o seu PPP no treinamento em serviço para a formação deste profissional.

Ao fazer a análise da Matriz Curricular do Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional, vimos que ela tem um total de 5.760 horas, divididas em 20% teóricas (1.152 h) e 80% práticas (4.608h), apresentando as Atividades Teóricas em 03 Núcleos: Núcleo de Atividades Comuns, Núcleo de Atividades Específicas transversais e Núcleo de Atividades Específicas.

Com relação ao Planejamento em Saúde observou-se que consta no Núcleo de Atividades Comuns e no Núcleo de Atividades Específicas Transversais, assuntos que proporcionam ao aluno a teoria sobre o Planejamento em Saúde, como apresentado no quadro 2 e 3 do referido projeto, sendo que neste última há uma atividade teórica denominada “Planejamento e Administração em Saúde”.

Tendo o conhecimento da matriz curricular observamos que consta atividades teóricas que possibilitariam ao residente ter o conhecimento sobre o Planejamento

em Saúde. Assim evidenciou-se nos depoimentos a oferta deste conhecimento aos Residentes:

[...] A gente **teve a oportunidade de ver isso nas aulas teóricas**, a gente teve algumas disciplinas que abordaram esse assunto [...]. R3

(...) Então **nós tivemos alguma disciplinas teóricas**, sobre a questão do planejamento na ESF [...]. R11

Merhy (1995) aponta que no Planejamento em Saúde deve-se compreender a questão do poder, em suas diversas formas (político, técnico, administrativo), a importância de se entender a conformação do campo de disputas sociais dados pelos diferentes sujeitos sociais, envolvidos:

Planejamento em Saúde significa fazer opções explícitas de enfrentamento de alguns interesses e se aliar com outros, significa construir estratégias e modos de realizar esses enfrentamentos, significa pensar estrategicamente em uma direção, contra outros pensares estratégicos que apontam em outra (MENHY, 1995, p. 137).

Na Estratégia Saúde da Família esse olhar dos diversos interesses, da identificação de fatores favoráveis e desfavoráveis para fazer saúde, dos diferentes usuários que compõem a área da equipe, dos equipamentos sociais e de saúde existentes na área de cobertura da equipe, são fundamentais para o processo de planejar. Quanto esse planejamento não é realizado as ações em saúde não alcançam seus objetivos, como bem colocado pelos entrevistados:

*Minha concepção é que é algo importante, é algo que irá **nortear as ações da estratégia e como as ações seriam conduzidas**, mas muitas vezes elas são negligenciadas, porque são colocadas em segundo plano a questão do planejamento, e por isso **muita das vezes as nossas ações não são tão eficazes**, por que existe uma **falta de planejamento prévia**, antes de executar uma ação [...]* R 15.

Gomes (2015) ao abordar o processo de trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família, assim como Paim (2008), vê o planejamento como um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem, e para quê, e ambos concordando que o “Planejamento em Saúde é um dos maiores desafios para a Estratégia Saúde da Família” (PAIM, 2008).

Para fortalecer a Qualidade da Atenção Básica foi lançado em 2011, por meio da Portaria nº 1.654 o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, que tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo

Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB) que compõem um ciclo (BRASIL, 2017).

Em 2015 foi lançado o 3º Ciclo do PMAQ-AB, desde o início esse programa trouxe o processo de AutoAvaliação das Equipes de Saúde (Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ) como instrumento para a melhoria da qualidade da assistência ofertada, é entendida como início da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de Atenção à Saúde (eAB), que incluem avaliação das estruturas físicas e de equipamentos das Unidades de Saúde, o processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2017).

A AMAQ apóia-se no processo de Planejamento para o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou a manutenção das ações. Brasil (2017, p. 17) ressalta que:

o ato de planejar e a dinâmica da sua condução não se cristalizam em um plano. Os atores envolvidos nesse processo devem estar permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros), pois muitas vezes isso implica novas prioridades e negociações.

No que diz respeito às concepções dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família sobre o Planejamento em Saúde, elas refletem que o Planejamento é primeira ação a ser feita para o alcance de objetivos, ou seja, para a Equipe de Saúde da Família o Planejamento é essencial para a realização de ações em saúde que venham intervir favoravelmente no processo saúde doença de indivíduos e comunidade, e ampliar o acesso dos mesmos para uma atenção primária á saúde de qualidade e resolutiva.

ENSINO EM SERVIÇO DO PLANEJAMENTO NA RMSF: TEORIA E PRÁTICA

Nesta categoria discute-se, evidenciado nos depoimentos dos participantes, a ausência da integração teoria e prática sobre planejamento, uma vez que o conteúdo foi abordado em sala de aula, como constatado na Categoria de Análise anterior, porém não foi aplicado nos serviços, que são os cenários de prática da residência.

[...] A teoria e a prática na residência é uma coisa que não é vinculada, a gente via um instrumento de planejamento e era uma coisa de acordo com a nossa vivencia, só que a gente não colocava isso na prática, e não era de fato o que acontecia no território a gente não conhecia tudo. R4

[...] Se a gente participasse desde o processo de construção do planejamento e da execução, eu, com certeza teríamos outra reflexão sobre a atuação na estratégia, e de que modo ela estaria favorecendo a comunidade. R5

[...] Então assim vez ou outra a gente discute, mas assim nada assim, algo formal discutir como se dar o planejamento das Equipes de Saúde da Família, não! A gente aprende mais em sala de aula, mas não assim na prática. R16

[...] a gente pôde durante as nossas aula teóricas durante o R1, a gente estudou um pouco sobre planejamento, mas participar de fato a gente não teve esse contato. R19

Esta lacuna de conexão é preocupante, pois, de acordo com o PPP da residência, as Atividades Práticas, correspondem a 80% do total da carga horária, tem o objetivo de levar o aluno a vivenciar, conhecer e apresentar sugestões para melhoria das ações desenvolvidas nos locais de prática, ou seja, o Serviço de Saúde (SILVA e SANTOS, 2012).

Ao concluir o Programa os mesmos devem estar preparados para intervir favoravelmente no processo saúde doença dos indivíduos, família e comunidades, e para isto deve-se valer-se do planejamento em saúde, uma vez que, o conhecimento dos problemas que incidem sobre a população possibilita aos profissionais contribuírem para elaboração de políticas de intervenção sobre as situações encontradas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A Residência apóia o seu Projeto Político Pedagógico no treinamento em serviço para a formação deste profissional, e nesta perspectiva é importante destacar que os residentes expuseram que por não realizar essa atividade no campo de prática, seu aprendizado sobre o Planejamento na ESF ficou fragmentado:

*[...] senti falta durante a residência em relação a isso, porque a gente até tem uma teoria, **mas a gente não teve como colocar isso na prática**, então a gente tem uma concepção teórica do que seria um planejamento da ESF, **se havia algum planejamento nas ESF a gente não participava**, a gente só recebia as ações que deveria fazer e **agente não participava do planejamento do que poderia ser feito**, as nossas sugestões a nossa opinião, já que também a gente estava ali estava em ação. (RII-4).*

A fragilidade na formação do profissional para o SUS vem sendo debatida e já promoveu mudanças, como as nas Diretrizes Curriculares dos diversos cursos da área da saúde, e Rodrigues (2017), corrobora que essa mudança é uma das estratégias para intervir em uma das problemáticas do setor saúde, que é o descompasso entre: a formação dos profissionais de saúde, a necessidade do serviço e a necessidade de saúde da população.

Dessa forma, também na pós-graduação é necessário repensar e reelaborar a abordagem deste conteúdo na dinâmica do ensino ofertado pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em especial na prática, para que os mesmos possam articular teoria e prática sobre o Planejamento em Saúde. Pois são nos espaços dos serviços, os trabalhadores operam suas concepções sobre saúde, são atores essenciais a qualquer estratégia para transformar a prática (BREHMER; RAMOS, 2016).

Pensar nos preceptores como agentes de mudança no processo de ensino e aprendizagem para integração ensino-serviço, é essencial, uma vez que, segundo expressado pelos residentes, os preceptores pouco ou não fazem essa articulação, fato identificado como influenciador negativo junto à aprendizagem dos mesmos em relação ao Planejamento em Saúde:

*[...] Ele apresentou o planejamento que ele (Preceptor) **já havia feito**. O projeto que ele **já tinha elaborado** e já estava colocando em pratica [...] (RII-1)."*

*(...) eu passei 6 meses no NASF na UEAFTO **não sei se as meninas enquanto residentes já participaram**, as únicas reuniões que a gente foi convidado era assim quando tinha algum evento, mas já pra distribuir tarefas, **nada da organização e do planejamento em si** [...] (RI-13)."*

*(...) em relação ao **planejamento**, a gente atua no NASF, a gente tem uma certa **dificuldade com a preceptoría**, apesar da preceptora ser muito disponível, mas ela tem as demandas dela como profissional, então assim em relação as estratégias eu não sei por que o NASF fica distante da estratégia. (RI-16)."*

Nos estudos de Betti e Rego (2007) que elencam os papéis do Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor na residência, o “Preceptor” é definido como o profissional experiente que não é da academia, compete a ele promover a integração entre as teorias e a prática realizada no serviço, promovendo ao profissional em formação a capacidade de desenvolver ações para resolução de problemas de indivíduos e comunidade.

Este profissional tem a responsabilidade de mediar o cuidar dos sujeitos com o papel de educador, no qual o ato de ensinar não deve ser entendido como uma transferência de conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção (Freire, 1999).

O Aguiar (2017) investigou a formação, em nível de pós-graduação, no formato residência e teve como objetivo geral “Analisar experiências e percepções de preceptoria na formação de residentes em área de Saúde da Família (Brasil e Espanha) e Saúde da Mulher (Brasil), em âmbito ambulatorial e hospitalar”, no Brasil foi incluída a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, apesar de não existir na Espanha.

A autora ao questionar os participantes do Estudo quanto a “se considerarem estar preparados” para promover a aprendizagem teórica e para manejar os recursos audiovisuais, identificou dentre os 05 Programas de Residência, que os Preceptores de Residência em Saúde da Família são os que se “consideram menos preparados” para promover o aprendizado teórico dos residentes (78,3%) e para manejar os recursos audiovisuais (81,1%)”.

Tabela 7 - Preparo dos preceptores para o ensino teórico dos residentes, por tipo de programa - Brasil

| Questões | Programa de residência | | | | | | | | | | Total | |
|--|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|-------|------|
| | RMFC | | RMGO | | RMSF | | RMSM | | REO | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| <i>Eu estou preparado(a) para promover a aprendizagem teórica dos residentes</i> | | | | | | | | | | | | |
| Concordo | 72 | 84,7 | 73 | 84,9 | 112 | 78,3 | 15 | 93,8 | 23 | 85,2 | 295 | 82,6 |
| Discordo/Neutro | 4 | 4,7 | 4 | 4,7 | 15 | 10,5 | 1 | 6,3 | 1 | 3,7 | 25 | 7,0 |
| Ignorado | 9 | 10,6 | 9 | 10,5 | 16 | 11,2 | 0 | 0 | 3 | 11,1 | 37 | 10,4 |
| <i>Eu estou preparado(a) para o manejo de recursos audiovisuais</i> | | | | | | | | | | | | |
| Concordo | 71 | 83,5 | 75 | 87,2 | 116 | 81,1 | 15 | 93,8 | 23 | 85,2 | 300 | 84,0 |
| Discordo/Neutro | 4 | 4,7 | 2 | 2,3 | 10 | 7,0 | 1 | 6,3 | 1 | 3,7 | 18 | 5,0 |
| Ignorado | 10 | 11,8 | 9 | 10,5 | 17 | 11,9 | 0 | 0 | 3 | 11,1 | 39 | 10,9 |

Fonte: Aguiar (2017, p. 68).

Sendo assim, A RMSF deve fortalecer o papel do preceptor, investir na qualificação do mesmo para a execução desta função. Estes devem estar aptos a proporcionar aos residentes atitudes reflexivas e emancipadoras, que possibilitem a superação de obstáculos e alternativas de soluções das problemáticas encontradas no campo de prática, para que assim possam efetivamente proporcionar aos residentes a apropriação dos conhecimentos teóricos e aplicação na prática, em especial o Planejamento em Saúde.

Faz-se necessário na formação dos residentes, conceber a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social. Assim é imprescindível formar especialistas capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica no sentido de difundir e dinamizar os processos de mudança no mundo da formação e no mundo do trabalho em saúde no país (BRASIL, 2005).

PLANEJAMENTO COM BASE NO CONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DO TERRITÓRIO

Nesta categoria os Residentes apresentam a concepção de que para a eficácia do Planejamento na ESF este deve estar pautado nas necessidades do território:

*(...) por que não tem como **planejar nenhum tipo de ação, intervenção na população sem conhecer território.** R6*

*[...] Territorialização é você demarcar o teu território, estudar a questão epidemiológica para que você possa **planejar em cima da necessidade do território que você está inserido.** R8*

*Seria você identificar as necessidades, por que você precisa fazer aquela atividade, **depois que você identifica as necessidades** você ver como é que **você vai alcançar o seu objetivo final** com aquela atividade, você vai criar os **métodos para alcançar e você tem que criar algum instrumento que avalie** se você alcançou ou não aquela atividade, então isso não acontece. [...] R 10*

*[...] Então assim, na minha prática a gente sempre procura é ver realmente e discutir as nossas ações. Será que as nossas ações suprem a **necessidade da nossa clientela** [...].r 16.*

O Planejamento é um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Segundo os residentes o Planejamento para ser eficaz tem que ser com base nas necessidades da população, corroborando com Paim (2008) o Planejamento ao estar relacionado com as Necessidades Humanas procura identificar problemas e oportunidades para a orientação das ações em saúde.

*(...) Será que é apenas a **gente ta pensando em uma coisa** e a **comunidade está pensando em outra coisa**, os nossos usuários estão querendo **outras demandas que a gente não conhece** e a gente sempre precisa está discutindo e quais seriam e o que eles estão precisando, além do nosso olhar como profissional, mas realmente **dar voz a este usuário**, por que a gente tem que ter um trabalho centrado na necessidade dele(..)*

No setor saúde é importante reconhecer que os “Problemas” estão relacionados ao “Estado de Saúde” e/ou aos “Serviços de Saúde”, o primeiro também chamado *problemas terminais* (doenças, acidentes, vulnerabilidades e riscos) e o segundo também denominados *problemas intermediários* (infra-estrutura, gestão, financiamento) (PAIM, 2008). Ao relacionar as falas dos participantes concluímos que eles associam os problemas ao Estado de Saúde.

*[...] precisa conhecer o território, a gente precisa conhecer o perfil daquela população e saber o que a Equipe de Saúde da Família vai ser importante e **o que ela precisa fazer pra que a população melhore**, principalmente em **relação a saúde** [...]* R4

*[...] Pra mim planejamento é o modo de organização do serviço usando algumas estratégias, como um exemplo à própria quantidade na área de **indivíduos diabéticos, hipertensos** quanto é? Pra daí traçar um plano de cuidados [...]*. R 12

Lacerda et al (2012) e Gomes (2015) ao abordar o Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família concordam que o Planejamento engloba um conjunto de tarefas e atividades, para o alcance dos objetivos, os quais o tornam como um processo cíclico, destacando quatro momentos: Explicativo, Normativo, Estratégico e o Tático-operacional (Planejamento Estratégico-Situacional - PES de Carlos Matus (MENRY, 1995).

Ao relacionar a eficácia do Planejamento na ESF com as necessidades do território, identifica-se nas falas uma aproximação com o momento Explicativo do

PES, o qual se realiza o diagnóstico, priorização de problemas, juntamente com a descrição e explicação do problema.

O PES se adéqua a ESF por ser “passível de ser novamente atualizado e/ou alterado em conformidade com a necessidade presente, sem que haja inviabilidade na sua execução”. Ele é compatível com o dinamismo e mutação nos contextos econômicos, políticos e sociais da realidade. (GOMES, 2015, p. 38)

Na ESF o Diagnóstico da área emerge de uma Territorialização que represente verdadeiramente o território de uma equipe de saúde. Nas falas observamos o que os residentes apontam como territorialização:

*[...] Bem, no primeiro momento a gente tinha isso muito bem definido de cada equipe, inclusive a gente até fazia a **territorialização dos acamados**, a gente tinha um programa no computador, então a gente demarcava, tinha **os graves os totalmente dependentes**, tudo a gente tinha isso **mapeado**, então isso fica ali pra gente isso visível, impresso [...] R8*

*(...) Sim, sim, tinha. Inclusive nós do NASF, nós desenvolvemos um trabalho junto com esta ESF que foi de **mapear a área**, a gente percebeu que já estava lá um tempo, mas não tinha tido aquele contato com as **principais demandas** que a gente atendia... Então a partir daí a gente pode sim propor e desenvolver algumas atividades, como a criação do **grupo de grávidas** e antes disso já desenvolvíamos **grupo com idosos** e população muito presente, **grupos com pessoas que tinham problemas de nível físico** [...] R11*

*[...] A territorialização quando a gente chegou na estratégia, já estava mapeada a área, a gente **conheceu melhor depois que passamos ir para as visitas**, por exemplo Águas Lindas fronteira, entre Belém e Ananindeua, então agente precisa conhecer esse território , ... e aí a territorialização começa pelos **mapas na unidade sabe por onde vai e o que nos dá suporte na área** de Águas Lindas? O que me dá suporte é o hospital materno infantil? Então tudo isso tem que ver pra gente pode se situar e também para encaminhar. R 21*

Evidenciamos que os Residentes relacionam a territorialização com a construção de um mapa que demonstre as demandas de necessidades da população assistidas. Para Souza (2004) a territorialização é entendida como um processo, uma técnica e um método, como uma visão de categoria de análise social, como um caminho metodológico para a produção social da saúde.

A territorialização consiste em um dos alicerces da organização do processo de trabalho e das práticas de saúde da ESF. Ela emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (distritos sanitários e município) (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para conclusão da territorialização a equipe deve identificar o diagnóstico dos indicadores da sua área de abrangência, demográficos, epidemiológicos, sociais e outros. Com a conclusão da territorialização obtemos também o diagnóstico local de saúde, o qual demonstra os problemas e necessidades da população assistida pela equipe. Um bom diagnóstico será essencial para o alcance de um bom planejamento em saúde (LACERDA, et al, 2012).

O território adstrito da equipe de saúde da família é sua unidade de planejamento de ações, desenvolvidas com base nas necessidades e prioridades da comunidade cadastrada. A equipe deve estabelecer relações de vínculo e contribuir para a resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (RODRIGUES; RAMIRES, 2015).

Ao conhecer os saberes dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, que para eles a eficácia do Planejamento na ESF este deve estar pautado nas necessidades do território, e que o território advém da construção de um mapa que demonstre as demandas de necessidades da população assistidas, identificamos uma visão parcial do território, pois pouco o relacionam com um espaço de relações políticas, sociais e econômicas, tendo a visão voltada mais para os problemas de Estado de Saúde.

O mapa social ou mapa inteligente deve ser “capaz de informar mais do que apenas os acidentes geográficos ou as obras viárias e construções ali instaladas. Um mapa inteligente evidenciará informações que antes constavam ocultas”, (LACERDA, et al, 2012, p.41).

Esta visão necessita ser amplamente discutida na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, já que a mesma pretende ofertar a população um profissional com ampla visão do cuidar, e fundamentados nos princípios e diretrizes SUS a partir das necessidades locais e regionais, propondo o desenvolvimento de competências, nos mesmos, voltadas para: Atenção à Saúde; Tomada de Decisão; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; e Educação Permanente.

CAPITULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Objetivo deste Estudo foi identificar os saberes e práticas dos Estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família sobre o Planejamento em Saúde e sua relação com as dimensões políticas, sociais econômicas do território. Neste processo de formação do Profissional que o SUS necessita, conhecemos a Política de Recursos Humanos para SUS, e nos debruçamos sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Pará, a qual fundamenta-se pelo ensino em serviço, sendo os Serviços Públicos que integram a Rede SUS, o campo de prática para o ensino e a pesquisa, como orienta também a Lei Orgânica da Saúde.

Partiu-se do aprofundamento teórico sobre Planejamento em Saúde, Territorialização e a própria Residência Multiprofissional, levando em consideração seu Projeto Político Pedagógico, para posterior ir conhecer junto aos residentes seus saberes e práticas de Planejamento em Saúde vivenciadas na residência.

Com a conclusão do Estudo nos deparamos com resultado de que o Residente Multiprofissional em Saúde da Família, tanto do primeiro ano quanto do segundo, apresentam um conhecimento teórico do que é Planejamento em Saúde, os quais o colocam como primeira atitude a ser realizada para o alcance dos objetivos com as ações de saúde realizadas. Para uma ação efetiva, os profissionais de saúde necessitam planejar previamente essas ações.

Colocaram-nos também que para esse Planejamento ser efetivo ele tem que estar fundamentado nas necessidades do território, conhecimento estes advindos das aulas teóricas que o programa de residência ofertou, como referiram os participantes deste Estudo.

Nas falas sobre território ficou claro que os mesmos não o compreendem como espaço de relações políticas, sociais e econômicas, tendo a visão voltada em grande parte para os problemas de Estado de Saúde.

Godim (2012) alerta que os profissionais de saúde necessitam enxergar que o território de uma ESF não é apenas um espaço territorial geográfico, e sim um espaço com várias relações sociais que nele co-habitam, e que deve ser considerado como uma categoria de análise social.

Com base nas teorias estudadas evidenciamos que os problemas de saúde estão relacionados ao “Estado de Saúde” (doenças, acidentes, vulnerabilidades e riscos) e/ou aos “Serviços de Saúde” (infra-estrutura, gestão, financiamento) (PAIM,2008).

Porém estes residentes nos relataram que na parte “prática” eles não tiveram a oportunidade de realizar um Planejamento em Saúde, ora devido já estar pronto quando eles foram inseridos no campo de prática, ora por que os seus preceptores não ofertaram essa vivência.

Importante refletir o que nos oferta Freire (1999) que a “Teoria” sem a prática vira “verbalismo”, assim como a “prática” sem teoria, vira “ativismo”. Mas quando se une a prática com a teoria tem-se a “práxis”, a ação criadora e modificadora da realidade.

O ensino do Planejamento em Saúde, dentro da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, precisa proporcionar aos mesmos a vivência de realizar um Planejamento, e esta vivência ocorrerá com Preceptor sendo orientado adequadamente para compartilhar este conhecimento.

A Residência deve propiciar ao residente a maior riqueza do planejamento que está no processo de planejar, na análise e na discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e dos planos de trabalho (LACERDA, 2012).

Como Preceptora da Residência, e refletindo sobre os diferentes papéis na estrutura da Residência, não identifico a figura do “Tutor” no programa e entendo a importância do mesmo para a articulação ensino-serviço. Neste sentido vejo a necessidade da clareza desse componente e a de realização de reuniões técnicas periódicas, com participação de todos os envolvidos: Coordenação, Tutores, Preceptores e Residentes, etc. com o objetivo de avaliação do processo ensino aprendizagem e fomento de melhorias no mesmo. A Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015, orienta que:

Compete às instituições de ensino e aos programas de residência em saúde adotar ações de valorização e formação de preceptores, tais como participação em atividades de pesquisa, certificação da atividade de preceptoria, apoio à participação em atividades de educação continuada, como cursos e congressos, e que deverão estar explicitados no COAPES. (BRASIL, 2015, sp).

Como Gestora de Serviço de Saúde, observo que a gestão também precisa se organizar para esse processo de formação de profissionais de saúde para o SUS, um maior envolvimento, pois também é co-responsável deste processo, deixando de ser apenas campo de prática para ser proponente e elencando suas necessidades. De acordo com a portaria, acima referida, cabe a gestão:

estimular a preceptoria mediante sua inclusão nas políticas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de gestão de carga horária, incentivos à qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, entre outras possibilidades, considerando indissociável a relação entre ensino e serviço. BRASIL (2015, sp).

Como exemplo positivo dessa organização, temos em alguns municípios do país, o qual a Gestão Municipal buscou convênio com Instituição de Ensino Superior e propôs a residência para o município, como no caso do município de Florianópolis – SC, que executa o Programa de Residências Médicas e Multiprofissional vinculada à Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, situação esta muito favorável aos profissionais, serviço, academia e principalmente a comunidade.

A Residência Multiprofissional tem por objetivo a formação de profissionais críticos e reflexivos, preparados para atuar no SUS de forma humanista e comprometidos com a singularidade dos seus pacientes (usuários dos serviços).

Compete a Instituição de Ensino e a Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família um olhar sobre como está ocorrendo e se desenvolvendo a relação ensino em serviço, ou seja, a relação Residente e Preceptor, para o alcance do objetivo da mesma, que é “preparar profissionais de saúde com visão crítica para desenvolver competências técnico-ética-humanista, utilizando de trocas de saberes e experiências a partir da integração ensino-serviço”.

Desta forma, podemos constatar que os residentes estão concluindo a Residência em Saúde da Família com o saber fragmentado sobre Planejamento em Saúde. Conhecimento este que se faz importante salientar que deveriam trazer a princípio da graduação e ser mais fortalecido na residência escolhida.

Este estudo proporcionou no decorrer de todas as fases de sua realização um (re) pensar, uma reflexão de minhas próprias ações. Quanto profissional da área de saúde, refleti sobre o que faço em minha prática assistencial para os usuários do serviço de saúde, estou realizando tudo que posso? Como gestora de serviços de saúde fomento a realização de ações de saúde que interfiram positivamente no processo saúde doença do indivíduo e comunidade? e como Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, contribuo positivamente para a formação de recursos humanos qualificados para os serviços de saúde? Estes questionamentos me levam a ver que somos profissionais sempre em construção, e que a busca de conhecimentos será fundamental para essa construção.

A conclusão do estudo fomentou um produto direcionado para os Residentes e Preceptores (apêndice 3). Com o objetivo de possibilitar o preparo dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família para o enfrentamento de problemas derivados do Estado de Saúde, do Serviço de Saúde e aos relacionados às dimensões políticas, sociais econômicas do território.

Tal pesquisa não esgota o tema, muito pelo contrário, busca na verdade suscitar a discussão e estimular a reflexão diária de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem na Política de Formação de Recursos Humanos para o SUS.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de org. **Preceptoría em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

ANDRADE, et al. **A Estratégia Saúde da Família**. In DUNCAN, B. B., SCHINIDT, M. I. GIUGLIANI, E. R. J. e colaboradores. **Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. Caderno do especializando. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

_____. 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. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 164 p. : il.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.124, DE 4 DE AGOSTO DE 2015 Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública EnsinoSaúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/3966-1124>

visualizado em 14/11/2017

BOTTII, Sérgio Henrique de Oliveira e REGOI, Sérgio. **Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis?**. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008, vol.32, n.3, pp.363-373. ISSN 0100-5502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>.

BOURGET, Monique Marie M. **Programa Saúde da família manual para o curso Introdutório**. São Paulo: Martinari, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO Nº 7, DE 31 DE MARÇO DE 2004. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. visualizado em 15/01/2017.

DECRETO 7.508 de 28 de junho de 2011. Presidência da República. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008. <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Visualizado em 06/06/2016.

GOMES, Rosa Maria de Lima. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**. Rio de Janeiro: s.n., 2011. 256 f., il., graf., mapas

JESUS, Josyane Cardoso Maciel de, RIBEIRO, Victoria Maria Brant. **Uma Avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 153 36 (2) : 153-161; 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf>.

LACERDA, Josimari Telino de. MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali e MACHADO, Neila Maria Viçosa. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/191> > visualizado em 20/10/2017.

LACERDA, Josimari Telino de; BOTELHO, Lúcio José; COLUSSI, Cláudia Flemming. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19819/mod_resource/content/3/AtencaoBasica_4Planejamento.pdf.

LIMA, Nísia Trindade. **Residências são uma modalidade diferenciada de formação**. In. Agência Fiocruz de Notícias, disponível em < <https://agencia.fiocruz.br/resid%C3%A7%C3%A3o-uma-modalidade-diferenciada-de-forma%C3%A7%C3%A3o>>, acessado em dez/2017.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa-formação**. Brasília: Liber Livro Editora, 2ª edição, 2010.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. 2 ED. São Paulo:HUCITEC,1999.

MERHY, Emerson Elias. **Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In: Gallo E, organizador. *Razão e Planejamento*. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/livros-02.pdf>.

MICHALISZYN, Mario Sergio. **Educação em Saúde: da prevenção à promoção**. In: BATAGLLIN, P.; LEANDRO, J.A. E MICHALISZYN, M.S. (org). *Saúde Coletiva um Campo em Construção*. Curitiba: IBPEX, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo:HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

MONKEN, Maurício e BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização**. Rev Enferm UERJ 2008; 16(4): 569-76. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>. visualizado em 02/12/17.

PESSOA, Vanira Matos. **Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde**. Disponível em <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-680954>.

PARECER CNE/CES 1133/2001 – HOMOLOGADO, Despacho do Ministro em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. CER. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS – SC. Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

<http://www.pmf.sc.gov.br/sites/ses/index.php?cms=sobre+a+residencia+multiprofissional&menu=4> visualizado em 22/10/2017.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS – SC, Universidade do Estado de Santa Catarina. REGIMENTO INTERNO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PREMULTISF) http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/20_07_2017_11.06.02.a44e7036c7750cfa85c88675213056bd.pdf visualizado em 22/10/2017.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Formação de Profissionais e Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2017. E-Book

RODRIGUES, Maria José e RAMIRES, Julio Cesar de Lima. **Estratégia de saúde da família: desafios para sua consolidação em Uberlândia**. Hygeia 11 (20): 153 - 166, Jun/2015

SANTOS, Bianca Cristina dos. **As principais contribuições de Pierre Bourdieu para a educação**. Anais do XXIV Seminário Nacional UNIVERSITAS/BR: Dívida Pública e Educação Superior no Brasil, 2016 Disponível em http://www.ppe.uem.br/xxivuniversitas/anais/trabalhos/e_6/6-004.pdf. Visualizado em 15/03/2018.

SILVA, Ana Gracinda Ignácio da, e SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. **Projeto Político Pedagógico, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. UEPA, 2012.

_____. **Projeto Político Pedagógico, Curso de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**. UEPA, 2015.

PAIM, J. S. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: CAMPOS, G. W. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p.767-782.

VIANA, Ana Luiza Dávila e DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Identificação**

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Formação:

() Enfermeiro () Fisioterapeuta

() Terapeuta Ocupacional () Cirurgião Dentista

Tempo de Formação: () 1 ano () 2 a 5 anos () mais de 5 anos

Possui pós-graduação: () Sim, qual?: _____,

() Não

Já trabalhou na profissão: () sim, () Não

Já trabalhou na Atenção Básica: () sim, () Não

Roteiro da Entrevista

1. Qual sua concepção sobre planejamento na Estratégia Saúde da Família?
2. Descrever como é realizado o planejamento na ESF?
3. No campo de prática como foram utilizadas as informações, da territorialização, para o planejamento das ações de saúde da ESF?

APÊNDICE 2



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de pós-graduação Mestrado Profissional Educação em Saúde na
Amazônia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Sâmia Cristine Rabelo Borges, enfermeira, discente e pesquisadora do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Educação em Saúde na Amazônia (PPGESA)/UEPA/CCBS, sob orientação do Professor Drº. Prof. Dr. Emmanuel Ribeiro Cunha, e Coorientado pela Prof. Dra Maria Liracy Batista de Souza, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: importância da territorialização para o planejamento em saúde”, cujo objetivo é Analisar os saberes e práticas dos estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, quanto ao planejamento das ações de saúde e sua relação com as dimensões políticas, sociais e econômicas do território. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é enaltecer a importância do tema para o ensino prático assistencial voltado à consolidação da integralidade do SUS em Residência Multiprofissional. Sua colaboração nesta pesquisa é muito importante para a melhoria da qualidade do ensino profissional em saúde. Você será o participante desta pesquisa respondendo a uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, com questões pessoais como idade, tempo de formação, cursos de pós graduação, e questões específicas sobre o desenvolvimento da prática em Saúde da Família. Caso não saiba alguma pergunta ou sinta-se constrangido, fique a vontade para perguntar ou deixar de respondê-la. Se você autorizar, a entrevista será gravada. Esclarecemos que a entrevista poderá ser em local de sua preferência em horário mais conveniente para você. Esse encontro será marcado por telefone ou conforme conveniência de todos (as) os (as) participantes, ou agora, se preferir. Para participar desta pesquisa, você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento, este em duas vias de igual teor, a qual ficará uma cópia com o entrevistador e outra para o entrevistado, assinado também pelo pesquisador. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Caso a entrevista seja extraviada faremos novo contato para nova entrevista. Nesta pesquisa não será realizado qualquer procedimento que lhe cause desconforto ou risco à sua vida. A qualquer momento você pode desautorizar a pesquisadora de fazer uso de suas informações obtidas, assim como afastar-se da pesquisa e todo material anotado ou gravado lhe será devolvido. Os dados serão preservados por cinco anos e depois incinerados. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Sua colaboração e participação não será remunerada, mas qualquer despesa que possa surgir será financiada pelos

pesquisadores. O sigilo de seus dados pessoais será resguardado e não serão divulgados, pois utilizaremos para identificá-lo(a), códigos (R1,R2,#3...). Esta pesquisa tem risco de exposição de privacidade, porém para garantir sua segurança, vamos manter sigilo das informações coletadas e manter seu nome no anonimato utilizando códigos já referidos. Caso haja vazamento das informações da entrevista o participante deve procurar o pesquisador para medias cabíveis. De acordo com a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização. Os resultados poderão ser apresentados em congressos, eventos e revistas científicas. O TCLE é em duas vias de igual teor, uma ficará com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador, ambas assinadas pelos mesmos. Após assinatura do TCLE será agendado um encontro para a leitura do roteiro de perguntas e será iniciada a entrevista. Qualquer dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com: Pesquisadora: Sâmia Borges, enfermeira COREN-PA: 100093, email: samiaborges05@hotmail.com, fone: (91)981336680 e 996044916, orientador: Prof. Dr. Emmanuel Ribeiro Cunha, e Coorientado pela Prof. Dra Maria Liracy Batista de Souza. CEP CCBS-UEPA, Trav. Perebeui, 2623, Marco- Belém –PA, (91)3276-0829, cep_uepa@hotmail.com.

TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO (PARTICIPANTE)

Eu, _____, declaro que li o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa em questão. Discuti com os pesquisadores minha decisão em participar da entrevista e me comprometi em responder as perguntas. Ficou claro para mim os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este termo em duas cópias, e rubricando todas as demais, junto com o pesquisador.

Belém, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

RG _____

Assinatura do pesquisador

RG _____

APÊNDICE 3

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ – UEPA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA**

NOTA TÉCNICA – ABRIL/2018

TÍTULO: UM (RE) PENSAR SOBRE O ENSINO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE
PARA OS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA-UEPA

AUTORES: Sâmia Cristine Rabelo Borges (Mestrando)

Prof. Dr. Emmanuel Ribeiro Cunha (Orientador)

Prof. Dra. Maria Liracy Batista de Souza (Co-Orientadora)

BELÉM
2018

NOTA TÉCNICA – ABRIL/2018

TÍTULO: UM (RE) PENSAR SOBRE O ENSINO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA OS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA-UEPA

O processo de formação dos profissionais na área da saúde historicamente vem sendo discutido e reformulado, para atender as necessidades da população, desde o início do século XX (RODRIGUES, 2017). Jesus e Ribeiro (2012) referem que com a implantação do Sistema Único de Saúde essa discussão ampliou-se. O Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos do SUS.

Na graduação de acordo com estudos podemos destacar o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), o Vivência no SUS - VER-SUS, entre outros. Destacando as mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, entre os anos de 2001 e 2004, que introduziram as mudanças na organização curricular, integração ensino e serviço e a ênfase na necessidade de repensar o processo educativo e as práticas em saúde, pautando-se no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde a indivíduos e coletividade.

Em se tratando de pós – graduação identificamos nos estudos realizados, as especializações, residências médicas e multiprofissionais, mestrados e doutorados (profissionais) voltados para a formação profissional e a melhoria do processo de trabalho no SUS. As Residências Multiprofissionais em Saúde, segundo Brasil (2006), constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço e destinadas às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

Cientes que os programas de pós-graduação, têm por finalidade primordial desenvolver o potencial intelectual, a capacidade analítica, o julgamento e a avaliação crítica por parte de seus alunos.

Neste contexto a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEPA, apoiada no ensino em serviço, tem por objetivo preparar os profissionais para atuarem em Equipes de Saúde da Família e em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com autonomia, iniciativa, proatividade, sendo recursos humanos qualificados e voltados para as necessidades de saúde da população e dos serviços de saúde.

A partir da análise do conteúdo das Categorias que emergiram das falas dos participantes do estudo, que identificou os saberes e práticas dos Estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família sobre o Planejamento em Saúde e sua relação com as dimensões políticas, sociais econômicas do território.

Identificou-se que os mesmos quanto ao Planejamento em Saúde, apresentam conhecimento teórico que Planejamento em Saúde, é a primeira atitude a ser realizada para o alcance dos objetivos com as ações de saúde realizadas.

Outro aspecto apresentado por eles foi que para o Planejamento ser efetivo ele tem que estar fundamentado nas necessidades do território, fundamentado nas aulas teóricas que o programa de residência ofertou, porém ao se reportarem ao conhecimento de Território ficou claro que os mesmos não o compreendem como espaço de relações políticas, sociais e econômicas, tendo a visão voltada em grande parte para os problemas de Estado de Saúde.

Em relação a consolidação do aprendizado por meio do ensino em serviço ofertado pela Preceptoria, os residentes relataram que na parte “prática” eles não tiveram a oportunidade de realizar um Planejamento em Saúde, ora devido já estar pronto quando eles foram inseridos no campo de prática, ora por que os seus preceptores não ofertaram essa vivência.

Em virtude desses resultados, fica a respeitosa sugestão da aplicação de um Plano Didático Pedagógico Permanente para o ensino e aplicabilidade do Planejamento na Estratégia Saúde da Família, para os Residentes, compreendendo as seguintes temáticas/situações elencadas abaixo e com encontros presenciais, momentos de dispersão e apoio por meio de ensino a distância:

- Planejamento em Saúde,
- Planejamento na ESF/NASF
- Construção do Mapa Dinâmico da ESF,
- Construção de uma experiência de Planejamento interno na UBS,
- Construção de uma experiência de Planejamento com a Comunidade na ESF
- Avaliação dos resultados alcançados nas duas experiências.

Ratifica-se a necessidade de realização de reavaliações periódicas a respeito dos resultados obtidos a partir da aplicação do Plano Didático Pedagógico, dentro do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com avaliações periódicas por parte dos Tutores, Preceptores e Residentes. E, caso seja encontrada alguma deficiência, buscar o reparo ainda durante a formação especializada.

Corroborando com Lacerda (2012) a maior riqueza do planejamento está no processo de planejar, na análise e na discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e dos planos de trabalho, e compete a Residência Multiprofissional em Saúde da Família propiciar ao residente esse entendimento e aplicabilidade do Planejamento em Saúde.


Esta proposta objetivará benefícios não somente aos Residentes e Preceptores, mas também à própria sociedade por eles atendida, ao possibilitar o preparo de Residentes para o enfrentamento de problemas relacionados ao Estado de Saúde, ao Serviço de Saúde e aos relacionados às dimensões políticas, sociais econômicas do território.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. Caderno do especializando. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- _____. 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. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 164 p. : il.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
- _____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
- _____. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública EnsinoSaúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/3966-1124> visualizado em 14/11/2017
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**. Rio de Janeiro: s.n., 2011. 256 f., il., graf., mapas
- JESUS, Josyane Cardoso Maciel de, RIBEIRO, Victoria Maria Brant. **Uma Avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 153 36 (2): 153-161; 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf>.
- PEREIRA, D.R.S. Metodologias de Ensino: o PET-Saúde como referência para a preceptoria da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Pará: 2017. 103f. Mestrado [Dissertação] – Universidade do Estado do Pará
- RODRIGUES, Rosa Maria. **Formação de Profissionais e Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2017. E-Book

ANEXO

ANEXO 1 – ACEITE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE - CCBS
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA - FPERCGV
HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - HMUE
HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, NA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UEPA**

Carta Aceite

Prezado Professor Dr. ROBSON JOSÉ SOUZA DOMINGUES,

Temos a grata satisfação de receber a aluna residente SÂMIA CRISTINE RABELO BORGES, para realização de sua pesquisa junto aos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na área de concentração: Estratégia saúde da Família.

Belém, 03 de fevereiro de 2017.

Atenciosamente,

Luciény da Silva Pontes
PROFA. MSC. LUCIENY DA SILVA PONTES
COORD. DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
UEPA/CCBS/COREMU
Luciény da Silva Pontes
Fisioterapeuta
CREFITO - 26729 - F

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE-COREMU
TV. PEREBEUI, 2623 – MARCO – BELÉM/PA - CEP: CEP: 66.087-670 - BELÉM-PA
Telefones: (91) 3277-2626 e 3131-1755 e-mail: coremu_uepa@yahoo.com.br

ANEXO 2 – PARECER CEP



UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ- CENTRO
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: importância da territorialização par o planejamento em saúde

Pesquisador: SAMIA CRISTINE RABELO BORGES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65873017.0.0000.5174

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Pará - UEPA / Centro de Ciências Biológicas e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.986.422

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Objetivo da Pesquisa:

Sem considerações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O cronograma deve ser refeito no sentido de realizar a coleta de dados somente após a aprovação do comitê de ética, ou seja, iniciar a coleta somente em abril/2017.

Recomendações:

Modificar cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem considerações.

Endereço: Trav. Perebebul, 2623
Bairro: Marco **CEP:** 66.087-670
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3276-0829 **Fax:** (91)3276-8052 **E-mail:** cep_uepa@hotmail.com



UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ- CENTRO
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E



Continuação do Parecer: 1.986/LA22

Considerações Finais a critério do CEP:

O cronograma deve ser refeito no sentido de realizar a coleta de dados somente após a aprovação do comitê de ética, ou seja, iniciar a coleta somente em abril/2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868877.pdf | 13/03/2017 10:00:37 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_PESQUISA.pdf | 13/03/2017 09:58:51 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf | 13/03/2017 09:53:35 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 12/03/2017 23:24:50 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| Brochura Pesquisa | PESQUISA.pdf | 12/03/2017 23:22:09 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 13/03/2017 23:03:27 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | ACEITE.pdf | 13/03/2017 22:54:55 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 13/03/2017 22:51:30 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |
| Folha de Rosto | PlataformaBrasil.pdf | 08/03/2017 09:21:21 | SAMIA CRISTINE RABELO BORGES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 28 de Março de 2017

Assinado por:
Rodrigo da Silva Dias
(Coordenador)

Endereço: Trav. Peribabá, 3623
Bairro: Marco CEP: 66.087-470
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3276-0029 Fax: (91)3276-8052 E-mail: cep_uepa@hotmail.com