

PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (RIS/GHC)

O projeto político-pedagógico busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico e com os interesses reais e coletivos da população majoritária.

(...) Na dimensão pedagógica, reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, comprometido, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de se definirem as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade.

(Veiga, 1995)

INTRODUÇÃO

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi implantada em julho de 2004. Previamente à sua implantação, foi elaborado um projeto com sua formulação, que colocava seus objetivos, a forma de organização do processo de aprendizagem em nível teórico e prático e as regras institucionais de seu funcionamento, para fins de financiamento junto ao Ministério da Saúde.

A proposta da RIS/GHC visa, além da formação de um profissional qualificado às exigências do SUS, à formação de um/a cidadão/ã crítico/a que busque, em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade de construir, coletivamente, soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde.

A RIS/GHC, desde a sua criação, oferece como campo de formação profissional as seguintes ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva.

A prioridade em relação às áreas de ênfase da RIS/GHC foi estabelecida devido a dois aspectos da realidade institucional. O primeiro diz respeito à dimensão localregional, essencial na definição daquelas áreas de conhecimento que são fundamentais na formação do profissional vinculado às atividades do SUS, considerando as necessidades de saúde das pessoas e da população e englobando aspectos relacionados aos indicadores epidemiológicos e ao perfil sócio-demográfico-cultural das comunidades. O segundo refere-se à dimensão da realidade situacional do GHC, que sinaliza algumas áreas profissionais em que as práticas em saúde se constituem com base em equipes de saúde, as quais trabalham com programas e/ou atividades organizadas e flexíveis, no sentido de acolher e conviver com outros campos de saber dentro de um processo de formação profissional em serviço.

Em 2009, ingressa na proposta de formação uma nova ênfase, em Oncologia e Hematologia, da qual participam profissionais enfermeiros/as, psicólogos/as, assistentes sociais, farmacêuticos/as, nutricionistas e fisioterapeutas. Além disso, ingressa na ênfase em Terapia Intensiva a profissão de Fonoaudiologia, estando prevista para um futuro próximo a inclusão das profissões de Nutrição e Farmácia nessa mesma ênfase.

Tendo como referências os conceitos de campo e núcleo propostos por Campos (2000), definiram-se as áreas de ênfases como sendo constituídas por um conjunto de saberes e práticas comuns às várias profissões ou especialidades do setor da saúde e outros relacionados, que denominamos campos de aprendizagem. Os campos articulam os diferentes saberes e práticas exclusivas de cada profissão, que denominamos núcleos. Na organização da RIS/GHC, cada área de ênfase corresponde a um campo de conhecimento no qual estão inseridos diferentes núcleos profissionais.

No decorrer do processo de desenvolvimento da RIS/GHC, constatou-se a necessidade de articular os planos de trabalho desenvolvidos pelas três ênfases da Residência¹, a fim de constituirmos uma linha condutora do processo de formação comum a todas as três ênfases existentes até o momento (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Terapia Intensiva), estabelecendo as especificidades de cada uma delas.

1. CONTEXTO DE INSERÇÃO DA RIS/GHC

A Constituição Federal prevê, no artigo 200, inciso III, o “ordenamento na formação de recursos humanos na área da saúde” como competência do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, existe uma distância entre esse pressuposto e grande parte das práticas de saúde desenvolvidas no SUS nos diferentes âmbitos de atenção à saúde.

Embora o SUS preconize a integralidade da atenção ao/à usuário/a, os/as profissionais que atuam no sistema ainda são formados/as dentro de um modelo assistencial privatista que não contempla a integralidade das práticas em saúde.

As residências multiprofissionais vêm se desenvolvendo no Brasil desde a década de 1970, porém, sem regulamentação específica. Em 30 de junho de 2005, foram instituídas, pela Lei Federal nº 11.129, as residências em área profissional da saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltadas para a educação em serviço, com a proposição de formação de profissionais que integram a área da saúde, com exceção da formação médica, que já possui regulamentação própria desde 1977 (instituída pelo Decreto nº 80.281). Tais residências da área profissional da saúde apontam para um movimento importante dos Ministérios da Saúde e da Educação e do Conselho Nacional de Saúde na consolidação do ordenamento na formação de recursos humanos na área da saúde pelo SUS.

Como refere o texto da citada Lei, essas residências têm como objetivo “favorecer a inserção qualificada dos/as jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS”, oferecendo bolsas através de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde para as profissões definidas por ele como “da área da saúde”.

O GHC é uma organização diretamente vinculada ao Ministério da Saúde que desenvolve ações nos diferentes âmbitos da atenção à saúde e que busca oferecer atendimento integral à saúde dos usuários. Considera-se importante que esta instituição ofereça uma formação diferenciada que qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliados quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica, ao uso das tecnologias, disponíveis ou a serem criadas, para o cuidado da vida, além do desenvolvimento de pesquisa em atenção integral à saúde.

¹ Em função da apropriação pelos serviços nos quais a Residência foi inserida, cada área de ênfase desenvolveu planos de trabalho contemplando as suas especificidades de formação.

É nesse contexto que, em 31 de março de 2004, através da Portaria 109, foi criado o PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE do GHC, constituído como “modalidade pós-graduada de caráter multiprofissional, realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional”.

A RIS/GHC, diversamente da visão em saúde direcionada ao individual e ao biológico, descontextualizados de sua produção social, cultural e histórica, propõe a agregação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diversas formações.

A pertinência desse novo enfoque surge das necessidades da população e do SUS, além de constituir uma iniciativa de resistência e superação do atual modelo de produção de saberes identitários rígidos, fechados, e da hegemonia da tecnociência para apreensão do real. Na medida em que possibilita uma abertura aos diversos campos de conhecimento, permite a flexibilização de fronteiras das diferentes profissões envolvidas e a produção de novas práticas de atenção à saúde.

Com a participação de profissionais de Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Psicologia, a RIS/GHC tem a intenção de provocar a experiência de abertura recíproca e de comunicação entre conhecimentos, de modo a constituir um processo inter/transdisciplinar que se impõe pelo diálogo sistemático e contínuo entre saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos. Essa perspectiva visa a transformar a prática convencional de uma comunicação restrita e parcial entre pares, a qual acentua o formalismo entre as profissões que, apesar de dividirem o mesmo espaço e processo de trabalho, não trocam percepções, sentimentos e idéias sobre o mesmo sujeito de seu trabalho – o/a usuário/a do sistema de saúde.

A formação em serviço, desenvolvida sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, visa a propiciar uma melhor atenção à saúde dos/as usuários/as que vierem a necessitar do atendimento desses/as profissionais, além de melhorar a qualidade de vida de todos – dos/as usuários/as dos serviços, que serão vistos em sua integralidade; dos/as profissionais de saúde em formação, ao aumentarem sua capacidade de diálogo e alcançarem uma compreensão ampliada da realidade; e dos/as orientadores/as da RIS/GHC, ao ampliarem as possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde.

A RIS/GHC permite, ainda, a inserção dos/as profissionais em formação na rede de atenção em saúde, com o reconhecimento das diferentes “portas de entrada” acessadas pelos/as usuários/as e a elaboração de estratégias para a construção de sistemas de referência e contrarreferência entre os serviços, visando a garantir a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diversos âmbitos em que se dão os cuidados.

Portanto, a formação deve ter abrangência suficiente para capacitar os/as residentes a integrar o sistema de saúde como um todo, qualificando o atendimento ao/à usuário/a através da continuidade da atenção.

2. REFERENCIAIS ORIENTADORES DA RIS/GHC

A construção de uma proposta inovadora, tal como a RIS/GHC se propõe a ser, exige a permanente revisão de conceitos e práticas, a fim de que os saberes formalmente

constituídos na área da saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço prestado e do/a profissional que executa as ações previstas e necessárias, possam ser revistos a partir da integralidade e também da capacidade de convivência e aprendizado com os/as “diferentes” (sejam eles/as usuários/as, preceptores/as, residentes ou demais trabalhadores/as das equipes de saúde).

Considerando a importância da construção e do fortalecimento da RIS no âmbito do próprio GHC e do SUS como um todo, é preciso delinear-se algumas referências a serem utilizadas para a consolidação desta proposta, levando em consideração que esta poderá ser revista e readequada, de acordo com as necessidades que surgirem no decorrer de sua implementação.

Uma das questões fundamentais para a sua consolidação está relacionada à proposição e ao reconhecimento da **missão da RIS/GHC**:

Formar profissionais para a área da saúde, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, a partir da inserção dos/as mesmos/as em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS.

Esta missão da RIS/GHC diz respeito aos princípios fundamentais da Residência em si, já que são essenciais para estabelecer prioridades e para avaliar se as atividades realizadas (relacionadas à formação e à prestação dos serviços) estão atendendo às necessidades e expectativas dos/as residentes, dos/as demais profissionais e dos /as usuários/as. Os princípios são, portanto, a sustentação para a consolidação de um Programa que deverá representar, acima de tudo, o interesse público. Os princípios orientadores do Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC, abaixo identificados, têm por base a legislação nacional de criação e regulamentação do SUS, que define os parâmetros (princípios e diretrizes) necessários para a qualificação da atenção à saúde no Brasil:

INTEGRALIDADE

A integralidade é uma das diretrizes do SUS, que foi instituído pela Constituição de 1988. O texto constitucional, em seu artigo 198, refere-se ao “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988).

Pela Constituição, o Estado deve garantir a saúde a todos/as, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a redução do risco de doenças e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Outro sentido relacionado à integralidade diz respeito à necessidade de que seus/suas profissionais sejam responsáveis e comprometidos/as com a organização dos sistemas e serviços de saúde, para que atuem com base nos princípios e diretrizes do SUS. É importante, portanto, que os/as profissionais, inseridos/as em serviços de diferentes níveis de atenção, possam compreender o sistema de saúde como um todo e intervir de tal forma que exista uma participação ativa na construção de uma rede de serviços que contemple a diversidade de práticas e o maior número possível de necessidades.

Para a RIS/GHC, a integralidade é fundamental, pois não se pode limitar a atenção à saúde a uma prática biologicista, desconsiderando a complexidade da vida e os diferentes modos de compreendê-la. Por esse motivo, é necessário formar profissionais capazes de entender a multiplicidade das necessidades expressas pelos/as usuários/as dos serviços.

TRABALHO EM EQUIPE

A formação na RIS/GHC pressupõe o trabalho em equipe como fundamental por permitir o envolvimento de uma maior gama de possibilidades de pensar as intervenções em saúde. É preciso compreender que existem limitações em relação aos campos de conhecimentos específicos dos/as profissionais de saúde, bem como reconhecer que nenhum campo de saber pode dar conta das diversas dimensões que estão envolvidas no cuidado de cada pessoa.

O trabalho em equipe, nesse sentido, abre-se para a interdisciplinaridade e para o fato de que, somente com a integração desses vários saberes, poderemos realmente nos aproximar da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto em que eles estão inseridos.

Pensamos o trabalho em equipe como regido por posturas éticas claras e discutidas entre os seus membros, com o estabelecimento de compromissos de solidariedade e cooperação em relação aos/às colegas, aos/às usuários/as dos serviços e à instituição como um todo.

HUMANIZAÇÃO

O conceito de humanização implica a necessidade de compreensão da existência da diversidade do humano, buscando possibilidades de interação com diferentes modos de ser e viver, valorizando as experiências, as capacidades para o conhecimento e o desenvolvimento do novo.

A humanização tem um potencial de se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização contemporânea. Tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a nossa vulnerabilidade e a dos outros.

O fazer saúde deve incorporar a dimensão subjetiva do processo no qual o/a profissional e o/a usuário/a se encontram, se relacionam e experimentam a tomada de decisões conjuntas. A prática cotidiana do fazer saúde requer dos/as profissionais o conhecimento do ser humano, isto é, de “si” e do “outro” e das relações que o cercam, denotando um compromisso existencial para entender e valorizar o humano, na perspectiva de que os indivíduos são responsáveis pelo seu próprio cuidado e pelas decisões que tomam sobre suas vidas.

Segundo Benevides & Passos (2005), “a humanização não pode ser pensada a partir de uma concepção estatística ou de distribuição da população em torno de um ponto de concentração normal (moda)” (p. 391). É preciso considerar as existências concretas do humano em sua diversidade e buscar o necessário reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde.

Levando em consideração os princípios orientadores da RIS/GHC, a humanização pode ser pensada como estratégia de interferência nas práticas, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são

capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse processo.

A humanização depende, ainda, de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em um processo criativo e prazeroso – uma transformação na atenção em saúde que possa facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários/as. Na realidade, trata-se da construção de organizações que estimulem os/as operadores/as a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo e que essas pessoas, como eles/as próprios/as, têm interesses e desejos com os quais se deve compor – esse é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente se propõe a reorientar o processo de trabalho do/a profissional da área da saúde, buscando capacitá-lo/a para atuar na realidade que se apresenta no cotidiano das instituições. É concebida como um **processo permanente**, de natureza **participativa**, em que a aprendizagem se produz ao redor de um eixo central constituído pelo **trabalho habitual dos serviços**.

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia de reestruturação dos locais de trabalho que parte da análise dos determinantes sociais, culturais e econômicos e, sobretudo, de valores e conceitos dos/as trabalhadores/as, que apontam para a construção da prática em saúde orientada pela integralidade e humanização. Tem como proposta oportunizar a inserção na relação ensino-aprendizagem, reconhecendo o/a trabalhador/a como sujeito desse processo.

Formar um/a profissional crítico/a capaz de aprender a aprender é um desafio. A concepção do processo pedagógico na Educação Permanente está estruturada a partir da problematização do processo de trabalho, cujo objetivo é transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, da gestão dos/as trabalhadores/as em saúde e do controle social em saúde.

A busca da compreensão da realidade social auxilia na prestação de um cuidado mais humanizado, sendo este reconhecido como uma das propostas do SUS. Trabalhar a promoção e a atenção integral à saúde, visando ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos na produção de saúde, potencializa o trabalho em equipe e qualifica a prestação do cuidado. Nesse sentido, a Educação Permanente é uma estratégia de reestruturação dos locais de trabalho para a construção de práticas em saúde integrais e humanizadas.

3. A RIS/GHC E SEUS PRINCÍPIOS ORIENTADORES

O desafio aqui colocado, a partir dos princípios acima indicados, é o da alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde; sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Esses termos, aqui trazidos em contraste, não podem ser entendidos como opostos, mas ligados numa relação de pressuposição recíproca. Se teoria e prática se distinguem, mas não se separam, somos levados/as, então, a inverter uma afirmação do senso comum de que conhecemos, teorizamos, definimos conceitos para, em seguida, aplicá-los a uma realidade. Realizar mudanças nos modos de se fazer saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se

materializam na experiência cotidiana de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com as mudanças das próprias práticas de saúde.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe e os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação, ou seja, sem que se realize uma renovação cultural das práticas e dos pensares em saúde. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão e de grupalização. A tarefa, assim, apresenta-se dupla e inequívoca: produção de saúde e produção de sujeitos.

Dentre os valores mais significativos para a RIS/GHC, estão, como já mencionado anteriormente, os relacionados aos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e às diretrizes (descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e participação da comunidade) do SUS. Nesse sentido, cabe referir o esforço que vem sendo realizado para que esses valores sejam cotidianamente incorporados nas atividades teórico-práticas dos/as residentes, ainda que muitas vezes não seja facilmente perceptível tal incorporação. O fato de o GHC ser uma instituição que presta serviços públicos à população, que se destina a diferentes níveis de atenção e que possui instâncias de participação claramente definidas permite que os/as residentes vivenciem no dia-a-dia de suas práticas tais valores.

Porém, para que esses valores realmente façam parte do cotidiano da formação em serviço, é preciso ter-se claro que a RIS/GHC desenvolve e necessita continuar desenvolvendo práticas educativas que tenham como referência a dimensão da diversidade do humano e, portanto, as injunções sociais, culturais, políticas, econômicas e psicológicas, dentre outras, presentes no desenvolvimento dos processos de saúde/doença. Para tanto, é necessário que o processo de formação reconheça as especificidades técnicas e profissionais, mas, sobretudo, as subjetividades que compõem as equipes de trabalho e os/as usuários/as dos serviços.

Reconhecer subjetividades implica considerar o ser humano em sua globalidade, alteridade e condição de sujeito de sua própria história, rompendo com as estruturas conservadoras, autoritárias e mercadológicas da formação. Além disso, reconhecer que o processo de formação implica uma interação dos sujeitos e destes com os objetos e uma permanente construção (e desconstrução) que visa a transformações. Por isso, o conhecimento é uma via e uma possibilidade de transformação de nossos fazeres e nossos pensares, que, a rigor, não estão prontos ou acabados para serem conhecidos. Ao mesmo tempo, por não ser algo acabado, o conhecimento não se realiza nem se constitui por força de uma ação unilateral ou por qualquer dotação prévia. Ele é construção permanente que demanda diálogo constante e que obriga à problematização contínua entre os sujeitos da formação, independentemente das posições que ocupem, das idades que tenham ou dos títulos que possuam. Afinal, uma aprendizagem significativa para todos/as que ocupam lugar no processo somente pode ocorrer a partir de um movimento de ressignificação do processo de formação, considerando que todos/as possuem a potencialidade de aprender e de construir novos conhecimentos que sejam transversalizados pelas histórias de vida e pela diversidade sociocultural de todos/as os/as participantes.

Portanto, somente a partir desses pressupostos é que a RIS/GHC poderá continuar representando a oportunidade de formação em equipe, onde atuam profissionais das mais diferentes formações e experiências. Ao mesmo tempo, poderá continuar representando, aos/às trabalhadores/as, uma oportunidade e um estímulo ao aprendizado, à revisão de valores e conceitos e à possibilidade de repensar práticas.

Dessa forma, ter-se-ão melhores profissionais formados que qualificam e qualificarão os serviços prestados aos/às usuários/as, seja no GHC, seja nos serviços onde exercerão suas atividades profissionais futuras, após a realização da Residência.

É importante observar que um processo de formação como o aqui proposto qualifica diretamente os/as novos/as profissionais em formação e, indiretamente, toda a equipe, ainda que inicialmente as novidades possam provocar algumas resistências. Provoca também a revisão da oferta dos serviços e dos/as profissionais contratados /as pelo GHC para prestação desses serviços. No caso da RIS/GHC, houve a necessidade de agregar novos/as profissionais nos serviços de Saúde Mental, Terapia Intensiva e Serviço de Saúde Comunitária, a fim de permitir uma formação mais consistente aos/às residentes; com isso, houve a qualificação do trabalho em equipe².

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito à integração entre os serviços que se constituem em campos de trabalho dos/as residentes, seja pela integração dos/as próprios/as residentes ou dos/as preceptores/as. Esse aspecto, relacionado à complexidade dos serviços oferecidos no GHC, coloca para aos/as residentes a oportunidade de vivenciarem, em uma mesma instituição, a prestação de serviços dos mais diferentes níveis de atenção, ainda que não estejam diretamente envolvidos/as com tais serviços. Saber da existência deles, como funcionam, como devem se inter-relacionar e (contra)referenciar os/as obriga a refletir sobre a complexidade do SUS e sua necessária integração.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e de proposição de ações que visem a concretizar os princípios e as diretrizes do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto sócio-histórico-cultural, através do conhecimento técnico, postura ética e construção de práticas humanizadas, embasadas nos saberes popular e científico;
2. Desenvolver a prática alicerçada na concepção de vigilância em saúde, através da combinação de estratégias de promoção da saúde, de prevenção de agravos e de

² Em função de este Plano Político-Pedagógico estar sendo escrito *a posteriori*, ou seja, após a realização de dois anos da RIS/GHC, que iniciou formalmente em julho de 2004 e já está com sua quarta turma ingressando em fevereiro de 2007, é que tais fatos podem ser descritos.

- atenção, extensivas a toda a população, com ênfase nas situações de vulnerabilidade;
3. Aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica e de avaliação que possibilitem a realização da atenção integral à saúde da população, através da construção de práticas interdisciplinares;
 4. Promover o conhecimento das redes intersetoriais e estimular a participação nas mesmas, a fim de se construírem alternativas integradas para a melhoria da qualidade de vida da população;
 5. Possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o planejamento, a gestão e a avaliação de planos e processos de trabalho dos diferentes serviços de saúde;
 6. Estimular a produção científica relacionada à atenção e gestão em saúde, a fim de que se compreenda sua importância na qualificação e implementação de novas tecnologias em saúde;
 7. Capacitar para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas nas quais os sujeitos envolvidos se apropriem da práxis cotidiana, transformando-a de maneira crítica e criativa;
 8. Estimular a participação nos espaços de controle social;
 9. Desenvolver a compreensão para a utilização de indicadores de saúde no monitoramento das ações e acompanhamento das condições de saúde das populações.
 10. Promover a vivência do trabalho em equipe, objetivando construir uma perspectiva inter/transdisciplinar na atenção à saúde;
 11. Desenvolver senso ético e de responsabilização em relação à equipe, usuários/as/familiares/territórios de inserção, objetivando construir uma postura de compromisso e responsabilidade no trabalho em saúde;
 12. Desenvolver atitude colaborativa em relação aos/às demais componentes de uma equipe de trabalho, com respeito às diferenças em favor do trabalho coletivo.

5. PERFIL PROFISSIONAL DO EGRESSO

A construção do perfil profissional foi baseada no conjunto das competências expressas na Resolução nº 4 de 08/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. A noção de competência humana é fundamental na área de saúde, na medida em que a qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do sujeito.

Considera-se que o/a residente possa desenvolver, através das vivências teórico-práticas, pessoais e profissionais durante a sua formação, um processo que possibilite o desenvolvimento das capacidades e habilidades de:

1. Dominar os conteúdos, as regras e os procedimentos da área específica do trabalho, bem como a habilidade de compreensão desse processo e o entendimento do sistema de rede das relações;
2. Autoplanejar-se, visando a desenvolver flexibilidade no processo de trabalho;

3. Expressar-se e comunicar-se, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a habilidade de comunicação interpessoal;
4. Estabelecer conexões entre os conhecimentos adquiridos no mundo do trabalho e as vivências do cotidiano;
5. Assumir a responsabilidade sobre sua prática, tendo iniciativa, criatividade e abertura às mudanças, implicando a subjetividade na organização do trabalho;
6. Interagir com o sujeito no processo de cuidado, respeitando os princípios éticos envolvidos na atenção à saúde;
7. Compreender e indagar-se acerca da repercussão de seus atos profissionais sobre os serviços e sobre as pessoas;
8. Refletir sobre a qualidade e as implicações éticas de seu trabalho, desenvolvendo autonomia de ação e compromisso social.

6. ESTRUTURA CURRICULAR

A estrutura curricular da RIS/GHC é constituída por atividades de formação teórica e atividades de formação em serviço, assim constituídas:

Atividades Integradas de Formação Teórica

Desenvolvidas através de seminários, oficinas, discussão de casos, com a participação de todos/as os/as residentes das ênfases da RIS/GHC, divididos/as em turmas para R1 e R2. As atividades são desenvolvidas semanalmente por um período de duas horas e abordam temáticas relativas à metodologia de pesquisa, políticas públicas em saúde, manejo de situações vividas na clínica pelos/as diferentes profissionais e nos diferentes campos de inserção e temas atuais do campo da saúde.

Atividades de Reflexão Teórica de Campo

Esta atividade desenvolve-se semanalmente com a participação dos/as residentes de cada uma das ênfases, conjunta ou separadamente entre residentes de primeiro e segundo ano (R1 e R2). Através de seminários, oficinas, abordagem por problemas (PBL), aulas expositivas e trabalhos em pequenos grupos, são desenvolvidos temas específicos do campo de formação de cada uma das ênfases da RIS/GHC.

Atividades de Reflexão Teórica de Núcleo

Desenvolvidas semanalmente com os/as residentes agrupados/as por profissão em cada área de ênfase. Alguns núcleos as desenvolvem separadamente para R1 e R2. Estes seminários discutem temas específicos de cada núcleo profissional e aprofundam a reflexão teórica sobre o exercício das mesmas nas diferentes ênfases da RIS/GHC.

Atividades de Reflexão Teórica de Campo nas Unidades

Através da realização de discussão de artigos teóricos e discussões de caso, são desenvolvidas, nos campos de formação nas diferentes ênfases da RIS/GHC, atividades

que propiciam a integração entre residentes, preceptores/as e orientadores/as de serviço para o aprofundamento de temas relacionados às atividades de formação em serviço vividas cotidianamente.

Supervisão de Núcleo

Sistematicamente, acontecem atividades de supervisão individual e/ou em grupo, com a participação dos/as preceptores/as responsáveis por cada núcleo profissional, em que se discutem conteúdos referentes às atividades desenvolvidas na prática diária com os/as usuários/as e com a equipe. A supervisão desenvolve-se de acordo com as especificidades de cada campo de formação e de núcleo profissional, tendo como objetivo examinar as impressões, reações, condutas, intervenções e verbalizações dos/as residentes, com o intuito de buscar compreender e manejar situações futuras com maior facilidade ou competência. Há a garantia de, no mínimo, uma hora de supervisão semanal por residente.

Atividades complementares (participação em eventos científicos)

Preconiza-se a participação dos/as residentes em um mínimo de 20 horas de atividades científicas complementares afetas à sua área de ênfase na RIS/GHC, por semestre (Congressos, Cursos de Extensão, Seminários).

Atividades de Formação em Serviço

As atividades de formação em serviço são desenvolvidas diariamente durante todo o período da residência (24 meses), tanto junto às equipes de saúde nas quais os/as residentes estão inseridos/as quanto nos demais campos de estágios previstos no programa de cada área de ênfase. Essas atividades visam a colocar em prática os referenciais orientadores da RIS/GHC, bem como a desenvolver o perfil profissional do egresso na prática cotidiana.

Tabela de carga horária – 1º ano	
Atividades	Carga horária
Atividades de reflexão teórica de campo	3 horas semanais
Atividades de reflexão teórica de núcleo	3 horas semanais
Supervisão de núcleo	1 hora semanal
Atividades de reflexão teórica de campo nas Unidades	1 hora semanal
Atividades integradas de reflexão teórica (GEP)	3 horas semanais
Atividades complementares (participação em eventos científicos)	Mínimo de 40 horas anuais

TCR	6 Horas
Atividades de Formação em Serviço + TCR	42 horas semanais (de março a junho e agosto a novembro) 50 horas (em julho, dezembro, janeiro e fevereiro)

Tabela de carga horária – 2º ano	
Atividades	Carga horária
Atividades de reflexão teórica de campo	3 horas semanais
Atividades de reflexão teórica de núcleo	3 horas semanais
Supervisão de núcleo	1 hora semanal
Atividades de reflexão teórica de campo nas Unidades	1 hora semanal
Atividades integradas de reflexão teórica (GEP)	3 horas semanais
Atividades complementares (participação em eventos científicos)	Mínimo de 40 horas anuais
Atividades de Formação em Serviço	42 horas semanais (de março a junho e agosto a novembro) 50 horas (em julho, dezembro, janeiro e fevereiro)

7. CONCEPÇÃO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do processo ensino-aprendizagem na RIS/GHC deverá compreender a formação em seus diferentes espaços de inserção, tanto na perspectiva da formação teórica quanto na prática, sendo realizada pelos atores envolvidos em sua amplitude. Esta perspectiva está orientada pelo princípio de integralidade, aspecto fundamental quando nos referimos à formação de trabalhadores/as de saúde.

A avaliação do/a residente deverá, portanto, auxiliá-lo/a em sua formação, ajudando-o/a a visualizar, analisar e planejar seu processo de formação ao longo da residência, não se restringindo, portanto, a uma avaliação quantitativa. A metodologia qualitativa será desenvolvida através de pareceres descritivos elaborados pelos/as coordenadores/as dos diferentes espaços de formação teórica e prática. O parecer levará em consideração aspectos específicos relacionados às inserções nas práticas de núcleo, de campo, atividades teóricas de núcleo e de campo, seminários integrados, elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), bem como a integração de todas essas atividades. Cada área de ênfase terá definidos os itens a serem avaliados em cada uma das atividades, de acordo com as diferenças a elas inerentes.

A sistematização do processo de avaliação dar-se-á a cada período de seis meses (julho e janeiro de cada ano), através de um parecer descritivo. Neste período, o/a residente e preceptor/a (no mínimo, mas podem se agregar outras pessoas, de acordo com negociações internas das ênfases entre preceptores/as e residentes) conversarão sobre os diferentes pareceres relativos à participação nos espaços de formação (atividades teóricas e em serviço). Esses pareceres resultarão das avaliações locais por onde passou o/a residente durante os seis meses anteriores e levarão em consideração o processo desenvolvido até aquele momento, com plano de continuidade estabelecendo o que precisa ser mais bem trabalhado no período seguinte.

Haverá atribuição de nota (entre zero e dez), que acompanhará o parecer descritivo. No final do primeiro ano, o/a residente terá duas notas, que gerarão uma média. Esta média (nota final do 1º ano) deverá ser igual ou superior a 7,0; caso contrário, haverá desligamento do/a residente do programa.

A avaliação da preceptoria será realizada concomitantemente à avaliação dos/as residentes, tendo como orientador um instrumento base para todas as ênfases, contemplando aspectos teórico-práticos, relações interpessoais e considerações gerais sobre o exercício da preceptoria. Cada ênfase terá instrumentos de avaliação adequados às suas particularidades.

Essa forma de avaliação será implantada a partir da turma de 2009, sendo que a turma que ingressou em 2008 fará a adequação a essa nova proposta, considerando-se que já estava prevista em seu ingresso em 2007.

A partir dos pareceres descritivos elaborados pelos/as responsáveis diretos/as pelas atividades nas quais os/as residentes estão inseridos/as, será feita a discussão com os/as residentes sobre o parecer final a ser elaborado referente ao período, contendo uma avaliação do momento atual no processo e um plano para o próximo.

As atividades teóricas terão controle das presenças, realizado através de listas de chamada. Os/as residentes que não obtiverem 75% de frequência nos diferentes espaços de formação teórica estabelecidos pelo programa, no ingresso de cada turma, deverão repetir a participação na atividade na próxima turma, sendo este um pré-requisito para o recebimento do certificado ao final da RIS/GHC. As atividades de formação em serviço deverão ter presença integral e seu cumprimento é um dos itens que compõem a avaliação qualitativa e quantitativa do/a residente.

Ao final da formação, cumpridos os objetivos do programa, havendo frequência e tendo sido entregue o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), os/as participantes do programa receberão o certificado de conclusão com aproveitamento.

Em anexo, apresentamos os instrumentos base para a realização do processo de avaliação (Anexos A e B).

8. ESTRUTURA PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO

CORPO DOCENTE

A estrutura do corpo docente da RIS/GHC será constituída por orientadores/as de serviço, preceptores/as, professores/as convidados/as e orientadores/as de trabalho de conclusão (metodológicos e de campo).

Orientadores/as de serviço

Serão considerados/as orientadores/as de serviço todos/as os/as profissionais das equipes em que o/a residente estiver atuando. Os/as orientadores/as de serviço acompanham os/as residentes na unidade onde está inserido/a quanto ao cotidiano do trabalho nas equipes.

Preceptores/as

Os/as preceptores/as são profissionais das equipes designados/as pela área de ênfase para atuar como referência para o/a residente, devendo promover a integração entre os/as diferentes profissionais em formação, destes/as com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços com que estabelecerão relação durante o desenvolvimento da RIS/GHC. São responsáveis pela orientação dos/as residentes nos conhecimentos relativos a campo e núcleo. Para o desempenho da função de preceptoria, estes/as profissionais deverão possuir os seguintes requisitos:

- Dois anos de experiência na área de ênfase e/ou residência completa e/ou pós-graduação na área;
- Disponibilidade e disposição para trabalhar com os/as residentes e fazer a articulação com o serviço e equipe de saúde;
- Conhecer a proposta da RIS/GHC e identificar-se com ela, compreendendo que o/a residente é um/a profissional em formação;
- Conhecimento sobre o SUS e como sua área de atuação se articula às demais do sistema.

As atribuições dos/as preceptores/as serão definidas no regimento da RIS/GHC.

Orientadores/as de Trabalho de Conclusão de Residência

Os/As orientadores de Trabalho de Conclusão de Residência orientarão o trabalho de conclusão a ser desenvolvido pelos/as residentes. Sua atuação inicia na definição, por parte do/a residente, em comum acordo com o/a preceptor/a, do tema a ser trabalhado e continua até a entrega da versão final.

Um/a dos/as orientadores/as deverá necessariamente preencher critérios estabelecidos como pré-requisitos para a função de **Orientador/a metodológico/a**:

- Especialização *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área da pesquisa, comprovado a partir da participação em pesquisa que gerou publicações em revistas reconhecidas pela CAPES (mínimo uma por ano, nos últimos dois anos).
- Pertencer ao quadro funcional da instituição;

As atribuições dos orientadores/as metodológicos/as serão definidas no Regimento da RIS/GH.

Os trabalhos poderão contar também com o acompanhamento de um/a **Orientador/a de campo**, que deverá ter os seguintes pré-requisitos:

- Estar inserido/a no serviço em que a área de ênfase desenvolve suas atividades práticas.

As atribuições dos/as orientadores/as de campo da RIS/GHC serão definidas no regimento da RIS/GHC.

Professores/as Convidados/as

Serão considerados/as professores/as convidados/as os/as profissionais que não possuírem vinculação direta com a RIS/GHC ou com a Instituição (GHC), responsáveis pela coordenação de atividades de formação teórica dos/as residentes.

Buscar-se-á convidar professores/as que cumpram os seguintes requisitos:

- Reconhecido saber na temática a ser trabalhada;
- Conhecimento prévio do Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC, na perspectiva de vincular o conteúdo teórico com os pressupostos desta formação;
- Experiência em docência, com capacidade de articular estratégias para a prática, embasamento e aprofundamento conceitual com crítica reflexiva.

CORPO TÉCNICO DA RIS/GHC

A RIS/GHC contará com apoio técnico-administrativo através das secretarias dos serviços nos quais está inserida e de uma secretaria própria, vinculada à Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC.

As atribuições das secretarias da RIS/GHC serão definidas pelo regimento da RIS/GHC.

Atualmente, a ênfase em SFC é a única a possuir uma estrutura de apoio administrativo direto à RIS/GHC. Nas ênfases em SM e TI, todo o trabalho administrativo é desenvolvido pelos/as preceptores/as e coordenação de área de ênfase.

Será necessária a alocação de pelo menos um/a profissional para apoio administrativo de cada ênfase, com conhecimentos sobre *softwares* de informática (Word, Excel, Power Point, Access) e sobre a estrutura de funcionamento da RIS/GHC.

Buscar-se-á também a qualificação das estruturas físicas das secretarias administrativas para que comportem sala com computador, para acesso ao aplicativo da RIS/GHC, e armários para arquivamento de documentos.

A avaliação permanente deste serviço deve ser feita durante a avaliação anual da RIS, que acontece em todos os âmbitos de inserção do programa. Deverão acontecer encontros semanais entre os/as coordenadores/as e a secretaria da RIS para planejamento de ações do programa.

9. GESTÃO ACADÊMICA DA RIS/GHC

A Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC é o órgão do Grupo Hospitalar Conceição responsável pela coordenação geral da RIS/GHC. Competem-lhe a guarda e organização da documentação educacional dos/as residentes, por meio de instrumentos de registro sistematizado do processo acadêmico vivenciado pelo corpo técnico-docente e corpo discente.

As áreas de ênfase deverão repassar as informações referentes à sua ênfase/especialidade para a GEP/GHC, mantendo todos os dados relativos à vida acadêmica do/a residente permanentemente atualizados.

A Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC fará o gerenciamento da RIS/GHC através das seguintes instâncias:

- I- Coordenação Geral da RIS/GHC;
- II- Coordenação das áreas de ênfases da RIS/GHC;
- III- Colegiado de Coordenação da RIS/GHC;
- IV- Colegiado de preceptoria por área de ênfase.

Estas instâncias terão seus pré-requisitos e responsabilidades definidos no Regimento da RIS/GHC.

10. INFRA-ESTRUTURA

Atualmente, as atividades de formação da RIS/GHC são desenvolvidas nas estruturas dos serviços do Grupo Hospitalar Conceição onde as ênfases estão inseridas, bem como nas estruturas da Gerência Ensino e Pesquisa do GHC, conforme descrito abaixo.

Ênfase em Saúde Mental

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad);
- Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II);
- Unidade de Internação Psiquiátrica;
- Unidades de Internação Geral (através de consultoria para pacientes internados/as no HNSC).

Ênfase em Terapia Intensiva

- UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição - unidade de nível III, dispõe de 28 leitos: UTI área I com 13 leitos clínicos; UTI área II com 9 leitos clínicos; UTI tetânica com 2 leitos; e UCC (Unidade de Cuidados Coronarianos) com 4 leitos.
- UTI do Hospital da Criança Conceição – unidade de nível II é constituída por 74 leitos, assim distribuídos: 19 leitos de UTI Pediátrica e 55 leitos de UTI Neonatal.
- UTI do Hospital Cristo Redentor - unidade de nível I dispõe de 20 leitos especializados em atendimento de pacientes neurocirúrgicos/as, politraumatizados/as e grandes queimados/as.
- UTI do Hospital Fêmina - unidade de nível III dispõe de 40 leitos de neonatologia.

Ênfase em Saúde da Família e Comunidade

- 12 Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do HNSC que se localizam em diferentes pontos das zonas Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Noroeste/Ilhas, no município de Porto Alegre.
- Núcleo de Epidemiologia do SSC;
- Núcleo de Educação e Saúde do SSC;

- Unidade de Internação (3º A).

Ênfase em Oncologia e Hematologia

- Ambulatório de Oncologia e Hematologia do HNSC;
- Unidades de Internação do HNSC;
- Unidades de Saúde da Região Norte/Eixo Baltazar, do município de POA;
- PAD/GHC;
- Ambulatório do HCC.

Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC

- Quatro salas de aula com equipamentos multimídia (computadores, projetores, TV);
- Quatro auditórios com capacidade para 50 a 80 pessoas (HNSC, HCC, HF, HCR);
- Laboratório de informática com três computadores, com acesso ao Portal CAPES e Portal PROQUEST;
- Centro de Documentação especializado em medicina, com acervo multidisciplinar na área da Saúde, integrante da rede da BIREME, como Biblioteca Cooperante na Rede Coleciona SUS, constituído por:
 - Biblioteca no Hospital Nossa Senhora da Conceição;
 - Espaço Videoteca (HNSC);
 - Sala com acervo de literatura em geral e local para leitura (Lya Luft);
 - Biblioteca-Ramal no Hospital Cristo Redentor;
 - Biblioteca-Ramal no Hospital Fêmeina.

11. CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM

Para fins deste PPP, é importante salientar que consideramos como cenários de aprendizagem tanto os espaços físicos onde se desenvolve a aprendizagem, quanto os sujeitos envolvidos nesse processo. Nesse sentido, os cenários de aprendizagem da RIS/GHC são tanto os Serviços do próprio Grupo Hospitalar Conceição, conforme descritos no item infra-estrutura, quanto os/as trabalhadores/as que se envolvem diariamente com o processo ensino-aprendizagem.

Ainda contamos com cenários externos ao GHC, no sentido em que os/as residentes das áreas de ênfase em Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade realizam parte de sua formação em serviços da rede municipal de atenção a saúde, e todas as áreas de ênfase oferecem a possibilidade de realização de estágios optativos fora da Instituição (de um a dois meses).

12. INTER-RELAÇÃO ENTRE AS ATIVIDADES DE ENSINO, ASSISTÊNCIA E PESQUISA

A atividade de pesquisa faz parte da formação na Residência Integrada em Saúde, completando a qualificação do/a residente como um/a profissional envolvido/a com a Assistência tanto quanto com a produção científica, visto que é a partir desta que o conhecimento pode ser construído, atualizado e transmitido.

Todos/as os/as residentes apresentarão um “Trabalho de Conclusão de Residência” – TCR, denominação que abarca diferentes possibilidades em termos dos objetivos e estratégias metodológicas utilizadas no processo da investigação, como pré-requisito à conclusão da Residência e recebimento do título de Especialista. As temáticas dos TCRs deverão estar de acordo com a Política de Pesquisa do GHC, através das linhas de pesquisa definidas institucionalmente.

Preconiza-se a apresentação final do TCR em formato de artigo, facilitando o encaminhamento e a submissão para uma posterior publicação. Os artigos poderão ser formatados de acordo com as normas de publicação na revista *Momentos & perspectivas em Saúde*, do GHC, ou no formato de outro periódico para o qual se preveja submeter o artigo a avaliação para publicação, devendo as normas serem apresentadas anexadas ao TCR.

Em termos dos “tipos de pesquisa” aceitos como TCR, definimos uma classificação em três grandes grupos:

Pesquisa Bibliográfica

Pesquisa que se propõe a investigar/mapear/situar/contextualizar a produção de conhecimento sobre um determinado conceito/tema, oriundo de pesquisas mais empíricas, teóricas ou ensaios e debates. Pode ser realizada sobre um conceito específico ou mais amplo, o qual resultará no tema a ser estudado. Geralmente, ao se buscar esse tipo de pesquisa, há a preocupação com a pouca produção sobre um conceito ou, ao contrário, com a propagação, utilização e até banalização de conceitos por determinada área ou áreas do conhecimento. Poderá não abranger necessariamente o campo da saúde, mas outras áreas, tais como ciências humanas e/ou sociais.

Exemplo de pesquisa bibliográfica: Revisão sistemática sobre estratégias de atenção a usuários de *crack* na literatura nacional e internacional, nos últimos cinco anos.

Pesquisa Teórica

Estudos que se propõem a desenvolver novas teorias, conceitualizações ou modelos interpretativos originais do/a autor/a, a partir de análise crítica de informações empíricas utilizadas por outros/as pesquisadores/as e construções teóricas existentes sobre a temática.

Exemplo de pesquisa teórica: Formulação de nova estratégia de atenção a usuários de *crack*, a partir de revisão de literatura publicada nos últimos cinco anos.

Pesquisa Empírica

Estudos que buscam dados relevantes e convenientes, obtidos através de métodos experimentais, da vivência dos sujeitos envolvidos na pesquisa (pessoas, grupos, comunidades, instituições), do exame de documentos, de materiais da mídia. O objetivo é chegar a novas conclusões a partir da análise e interpretação dos dados, com base numa

fundamentação teórica consistente, que dê sustentação à compreensão e explicações ao problema pesquisado.

Exemplo de pesquisa empírica: Estudo comparativo para avaliação de duas propostas de intervenção com usuários de *crack* atendidos no CAPSad do GHC.

No primeiro ano de Residência, deverá ser apresentado um projeto de produção a ser desenvolvida no ano seguinte. Este projeto deverá estar adequado aos objetivos do trabalho a ser desenvolvido, apresentando os componentes básicos de um projeto de investigação, bem como respeitando os trâmites institucionais em caso de desenvolvimento de uma pesquisa que envolva coletas de dados empíricos (orientações do setor de pesquisa da GEP/GHC e do CEP do GHC). As datas de entrega do projeto e do trabalho final estarão especificadas no Manual da RIS/GHC referente ao ano de ingresso no programa.

Quanto à apresentação, o TCR deverá atender às normas institucionais definidas pelo setor de pesquisa da GEP, disponíveis na página da GEP.

A entrega do Projeto na data definida será condição para ingressar no 2º ano da RIS/GHC, implicando sanção disciplinar de suspensão da bolsa de residente – conforme previsto no Regimento – a quem não cumprir com o disposto. Da mesma forma, a entrega do TCR é condição para emissão do certificado de conclusão do programa e concessão do título de especialista *lato sensu*.

A GEP orientará a produção científica dos/as residentes da RIS, por meio dos seminários de pesquisa para as turmas de primeiro e segundo ano da Residência, da apresentação de uma listagem de profissionais da instituição (com titulação mínima de Mestrado), que poderão ser acessados para a orientação dos/as residentes, e da assessoria oferecida pelo setor de pesquisa em metodologia e estatística.

Como forma de garantir espaço de desenvolvimento do processo investigativo no âmbito da RIS/GHC, os/as residentes contarão com carga horária semanal específica para envolvimento com o projeto e desenvolvimento do TCR. Nos três primeiros meses de inserção do/a residente no programa, este horário será desenvolvido junto às unidades onde os/as residentes desenvolvem seus percursos de formação em serviço, através de atividades de leitura e elaboração de resenhas de artigos, consultas em bibliotecas, discussões com componentes da equipe sobre questões de interesse de investigação e reconhecimento dos campos de interesse da Residência, devendo ser pactuadas com o/a preceptor/a as atividades realizadas neste período. A “cartilha da RIS” apresentará anualmente o fluxograma de encaminhamentos e prazos referentes aos projetos e ao desenvolvimento e entrega dos mesmos.

Os TCR já realizados na RIS serão disponibilizados no Centro de Documentação do GHC.

Anexo 1

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS/GHC**



Avaliação dos Residentes – RIS / GHC

A avaliação de cada residente será realizada por diferentes profissionais, de acordo com as atividades previstas no programa de cada área de ênfase da RIS/GHC. O profissional contratado, que é seu preceptor mais direto fica responsável pelo preenchimento e discussão da ficha de avaliação do mesmo.

Área de Ênfase:

Residente:.....

Ano:.....

Semestre.....

Data de preenchimento...../...../.....

Preceptor Responsável:.....

Tipo de Atividade	Itens avaliados	Parecer Des
1.1 Práticas de Núcleo	Interesse, participação e comprometimento em ações de núcleo: atendimento individual; grupo; procedimentos, etc	Preenchido pelo preceptor direto de núcleo
	Postura com o Usuário: investe no vínculo, respeita, constrói confiança, é ético, etc	Preenchido pelo preceptor direto de núcleo
	Aplicação dos conhecimentos de núcleo no trabalho no serviço em que está inserido	Preenchido pelo preceptor direto de núcleo
	Relacionamento com os profissionais do núcleo na equipe: ética, respeito	Preenchido pelo preceptor direto de núcleo
	Cumprimento com as orientações acordadas com o preceptor/orientador de núcleo	Preenchido pelo preceptor direto de núcleo
1.2 Práticas de Campo	Interesse, participação e comprometimento em atividades de campo: acolhimento, grupos, promoção da saúde, seminário de campo, espaços de participação popular, reunião de equipe, etc.	Preenchido preceptores/orientadores
	Atuação voltada para o território/serviço: interesse em pensar/planejar seu trabalho a partir da realidade do território/serviço em que está inserido	Preenchido preceptores/orientadores
	Atuação voltada para o monitoramento e avaliação dos programas/atividades/políticas institucionais	Preenchido preceptores/orientadores
	Conhecimento e atenção aos princípios do SUS, e das diferentes políticas que orientam as ações em cada área de ênfase	Preenchido preceptores/orientadores
	Busca Interdisciplinaridade: discussão de casos, interconsulta, trabalho em grupos e em equipe, etc.	Preenchido preceptores/orientadores
	Relacionamento com a Equipe: ética, respeito, participação construtiva	Preenchido preceptores/orientadores
	Pontualidade e assiduidade nos serviços e atividades propostas.	Preenchido preceptores/orientadores
1.3 Atividades teóricas de Núcleo	Interesse, participação e comprometimento.	Preenchido pelos coordenadores das atividades de formação
	Assiduidade, pontualidade.	Preenchido pelos coordenadores das atividades de formação
	Pareceres descritivos dos profissionais que coordenam as diferentes atividades teóricas sobre o processo ensino/aprendizagem desenvolvido no período.	coordenadores das atividades de formação teórica
1.4 Atividades teóricas de Campo	Interesse, comprometimento e participação (interesse, faz as leituras recomendadas, se posiciona nas discussões, busca contribuir com pesquisas próprias sobre o tema, etc.)	Coordenadores e docentes de formação teórica
	Assiduidade e pontualidade (percentual de presenças, como lida com as faltas (justifica ou não), como é no cumprimento do horário).	Coordenadores e docentes de formação teórica
	Conteúdos - baseado na avaliação escrita e nas contribuições orais	Coordenadores e docentes de formação teórica

	Sugestões	
1.5 Seminários Integrados RIS/GEP	Interesse, participação e comprometimento.	Preenchido coordenação
	Assiduidade e pontualidade.	Preenchido coordenação
	Conteúdos - baseado na avaliação escrita e nas contribuições orais	
1.6 Trabalho de Conclusão	Base na prática: temática que elucida alguma questão-problema do cotidiano dos serviços e que é relevante para a proposta da Residência e do SUS	Preenchido pelo
	Busca teórica: interessado, realiza leituras, reflete, tem iniciativa.	Preenchido pelo
	Interesse e comprometimento com a orientação: interessado, realiza tarefas combinadas, ético, respeita orientações fornecidas, traz dúvidas, cumpre os prazos.	Preenchido pelo
1.7 Integração das Atividades (1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6)	Habilidade em responder às atividades de forma integrada e harmônica	Preenchido pelo preceito direto

Anexo2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS/GHC

Avaliação da Preceptoría – RIS / GHC

Área de Ênfase:

Nome do Preceptor:

Unidade de Saúde:

Preencha o instrumento levando em conta o seu Preceptor e os demais profissionais da sua Equipe. Escreva na coluna da direita suas considerações a respeito dos critérios abaixo.

Bloco 1: Aspectos teórico-práticos	
Conhecimento (teórico prático)	
Orientação (supervisão)	
Acesso à supervisão/discussão com outros profissionais	
Bloco 2: Relações interpessoais	
Crítica e orientação com respeito	
Relação da Equipe com o residente	
Há autonomia proporcionada pela Equipe e preceptor. O residente é escutado em suas idéias e aspirações?	
Bloco 3: Comentários gerais sobre a preceptoría	
Aponte aspectos positivos (que devem ser mantidos) e aqueles que devem ser aprimorados na relação ensino-aprendizagem em sua Unidade	