



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

**MARCOS FABIANO MONTEIRO DA COSTA**

**A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE A FORMAÇÃO  
COM METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E  
APRENDIZAGEM EM RESIDÊNCIAS  
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

Palmas/TO  
2021

**MARCOS FABIANO MONTEIRO DA COSTA**

**A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE A FORMAÇÃO  
COM METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E  
APRENDIZAGEM EM RESIDÊNCIAS  
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Valdirene Cássia da Silva

Palmas/TO  
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

C837p Costa, Marcos Fabiano Monteiro da.  
A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE A FORMAÇÃO COM  
METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM  
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE . / Marcos Fabiano  
Monteiro da Costa. – Palmas, TO, 2021.

70 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em  
Ensino em Ciências e Saúde, 2021.

Orientadora : Valdirene Cássia da Silva

1. Metodologias Ativas. 2. Processo de Aprendizagem . 3. Ensino em  
Saúde. 4. Residência Multiprofissional. I. Título

**CDD 372.35**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer  
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.  
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184  
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

# FOLHA DE APROVAÇÃO

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARCOS FABIANO MONTEIRO DA COSTA

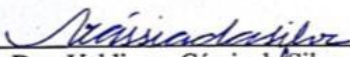
**A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE A FORMAÇÃO COM  
METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM  
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

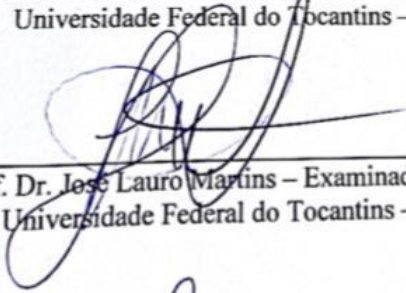
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT, para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.


Data de Aprovação: 08/06/2021

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de  
**Mestre em Ensino em Ciências e Saúde**  
E aprovada pela Banca Examinadora  
nos termos do Art. 56 – A da Resolução nº 13, 22/03/2017

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Valdirene Cássia da Silva – Orientadora  
Universidade Federal do Tocantins – UFT

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Lauro Martins – Examinador Interno  
Universidade Federal do Tocantins – UFT

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Carlos de Miranda – Examinador Externo  
Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida – FESAR

## ATA DA BANCA DE DEFESA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO  
CÂMPUS DE PALMAS  
CURSO DE ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE  
Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte  
Bloco UMA - Sala de Atendimento, Campus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO  
(63) 3232-6318 | <https://www2.uft.edu.br/ppgecs> | [ppgecs@mail.uft.edu.br](mailto:ppgecs@mail.uft.edu.br)



### ATA Nº 00XX/PPG\* DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata da sessão pública de Defesa de Dissertação de Mestrado, no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências e Saúde da UFT do (a) aluno (a) Marcos Fabiano Monteiro da Costa, orientado pela Profa. Dra. **Valdirene Cássia da Silva**, perante a Banca Examinadora designada. **Aos oito dias do mês de junho de dois mil e vinte e um**, às dez horas, reuniu-se a Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado, designada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação, aqui representada pela Coordenadora, Erika da Silva Maciel, composta pelos professores: Profa. Dra. **Valdirene Cássia da Silva**, presidente e orientadora; Prof. Dr. **José Lauro Martins**, membro interno; Prof. Dr. **José Carlos de Miranda**, membro externo. A banca examinadora se reuniu, com a participação por videoconferência dos membros citados, conforme Art. 56-A da Resolução nº 13, de 22 de março de 2017, para julgar a Dissertação de Mestrado, intitulada: "A Percepção dos Residentes sobre a Formação com Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem em Residências Multiprofissionais em Saúde", apresentada por Marcos Fabiano Monteiro da Costa. A presidente deu por aberta a sessão e, em seguida, passou a palavra ao mestrando, para que, no prazo máximo de trinta minutos, expusesse o trabalho de pesquisa que resultou na Dissertação a ser defendida. Terminada a exposição, a presidente autorizou a arguição pela Banca Examinadora. Finalizada a arguição, a presidente suspendeu a sessão para que fosse efetivado o julgamento da Dissertação apresentada. Recolhidos os resultados, a presidente retomou os trabalhos públicos da sessão e anunciou o resultado final do julgamento da Dissertação apresentada: a banca **aprovou** a Dissertação. A banca, **às dez horas**, encerra a sessão, cuja ata vai assinada pelo presidente da sessão em nome de todos os membros da banca examinadora

Palmas, 08 de junho de 2021.

**Prazo para a entrega da Dissertação de Mestrado/Tese de Doutorado corrigida à Coordenação: 08 de julho de 2021.**

Observações:

---

---

---

Profa. Dra. Valdirene Cássia da Silva

*Dedico esta conquista à minha família,  
aos meus amigos e amigas, aos meus  
professores e professoras durante esta vida,  
que me estimularam a trilhar os caminhos da  
aprendizagem reflexiva e significativa.*

*A alegria não chega apenas no encontro do  
achado, mas faz parte do processo da busca. E  
ensinar e aprender não pode dar-se fora da  
procura, fora da boniteza e da alegria.  
(Paulo Freire)*

## AGRADECIMENTOS

Sou grato ao Universo que me proporcionou chegar à conclusão deste percurso formativo. Agradeço às amigadas que se iniciaram e desenvolveram neste mestrado, onde nos escutamos, nos abraçamos, nos acolhemos e discordamos também, tendo a oportunidade de estabelecer vínculos afetivos, trocar saberes e construir conhecimentos. Aqui vai um grande muito obrigado para minha orientadora Valdirene Cássia da Silva, pelo contínuo apoio, suporte e compreensão neste processo de formação e pesquisa interdisciplinar em ensino, ciência(s) e saúde. E, por último, e não menos importante, aos meus pais, Alice Maria Monteiro e Wilson Monteiro da Costa, e minha avó materna Lázara Borges (*in memoriam*), que me proporcionaram as condições de base para que eu chegasse até aqui.



## RESUMO

Na busca em formar sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade, faz-se necessárias novas formas de organizar e produzir conhecimento, como por exemplo, na parceria da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas com o Centro Universitário Luterano de Palmas, que passaram a desenvolver os Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tendo como característica inovadora o uso de metodologias ativas. Teve como objetivo analisar a percepção dos residentes sobre a formação em metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas RMS realizadas pela FESP/CEULP. Utilizou-se uma abordagem metodológica qualitativa transversal, de cunho exploratório. Para análise dos dados optou-se pelo método analítico-descritivo, a partir da análise da percepção dos residentes sobre o uso das metodologias ativas nas RMS. Destaca-se que a proposta pedagógica inovadora dos programas de RMS da FESP/CEULP é o ponto de partida para a formação de novos profissionais de saúde e abre possibilidades de mudanças nessa prática profissional. Ainda que se observem avanços, há necessidade de rever a prática no desenvolvimento das metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas RMS, necessitando ser melhor trabalhada a organização curricular por competência, a participação coletiva, dialogada, corresponsabilidades, capacitação dos profissionais do serviço e resgatar uma articulação estreita entre ensino e serviço, envolvendo todos os sujeitos interligados no processo para a implementação de mudanças consistentes no perfil de um profissional autônomo, crítico-reflexivo, capaz de construir uma aprendizagem significativa e reconstruir sua prática, alinhando-a à atual política do SUS. Há necessidade de investigações juntos aos tutores e preceptores para traçar estratégias e caminhos mais consistentes para a implementação das metodologias de ensino e aprendizagem.

**Palavras-chave:** Metodologias Ativas; Ensino em Saúde; Residência Multiprofissional

## ABSTRACT

In the search to train subjects with a broader view of health, active and committed to transforming reality, new ways of organizing and producing knowledge are needed, for example, in the partnership between the Palmas School of Public Health Foundation and the University Center Luterano de Palmas, who started to develop the Post-Graduate Courses Lato Sensu in the modality of Multidisciplinary Residency in Health (RMS), having as an innovative characteristic the use of active methodologies. It aimed to analyze the perception of residents about training in active teaching and learning methodologies in the RMS carried out by FESP/CEULP. A cross-sectional qualitative methodological approach of exploratory nature was used. For data analysis, the analytical-descriptive method was chosen, based on the analysis of the residents' perception about the use of active methodologies in the RMS. It is noteworthy that the innovative pedagogical proposal of the FESP/CEULP RMS programs is the starting point for the training of new health professionals and opens possibilities for changes in this professional practice. Although advances are observed, there is a need to review the practice in the development of active teaching and learning methodologies in the RMS, the curriculum organization by competence, collective participation, dialogue, co-responsibilities, training of service professionals and the rescue of a close articulation between teaching and service, involving all subjects interconnected in the process to implement consistent changes in the profile of an autonomous, critical-reflective professional, capable of building significant learning and rebuilding their practice, aligning it with the current SUS policy . There is a need for investigations together with tutors and preceptors to outline more consistent strategies and paths for the implementation of teaching and learning methodologies.

**Keywords:** Active Methodologies; Health Teaching; Multiprofessional Residence

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CAPP – Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CEULP – Centro Universitário Luterano de Palmas
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- FESP – Fundação Escola de Saúde Pública
- IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa
- HSL – Hospital Sírio-Libanês
- MS – Ministério da Saúde
- PIRS – Plano Integrado de Residências em Saúde
- PROADI-SUS – Projetos de Apoio ao SUS
- R2 – Residentes do segundo ano
- RMS – Residências Multiprofissionais em Saúde
- SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
- SISE-SUS – Sistema Integrado Saúde Escola do SUS
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TO – Tocantins
- UFT – Universidade Federal do Tocantins

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	14
1.1 Questão Problema.....	16
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DA SAÚDE.....	18
3.1 O universo das residências multiprofissionais.....	19
3.2 O processo de ensino e aprendizagem nas RMS no Brasil.....	20
3.3 Estabelecendo o processo de ensino e aprendizagem.....	21
3.4 As metodologias ativas na educação.....	24
3.4.1 O cenário de estabelecimento das Metodologias Ativas.....	25
3.5 A conexão com a realidade uma possibilidade de discussão.....	28
4 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO.....	31
4.1 Tipo de pesquisa.....	31
4.2 Cenário da pesquisa.....	31
4.3 Participantes da pesquisa.....	31
4.4 Coleta de dados.....	32
4.5 Plano de Análise de Dados.....	33
4.6 Aspectos éticos.....	33
5 ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	34
5.1 Compreensão e percepção do residente da utilização das metodologias ativas nos processos formativos das RMS.....	34
5.1.1 A construção do processo de ensino e aprendizagem pelo residente.....	34
5.1.2 Papel/lugar do tutor e preceptor nas metodologias ativas das RMS.....	42
5.1.3 Processo de avaliação em metodologias ativas das RMS.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	65

## **APRESENTAÇÃO**

Minha trajetória formativa e profissional na área da saúde vem desde 2004 quando me tornei servidor público da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do município de Palmas e quando no ano de 2009, concluí a graduação em psicologia pelo CEULP. A partir de 2014 vivenciei uma imersão em metodologias ativas de ensino e aprendizagem como residente da Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental do PIRS/FESP/CEULP e nos papéis de educando dos cursos de aperfeiçoamento e docente de cursos de especialização dos Projetos de Apoio ao SUS (PROADI-SUS), voltados para profissionais da saúde do município de Palmas e do estado do Tocantins, realizados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL) numa parceria com Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Desde o segundo semestre de 2017 venho atuando como docente e facilitador de um Curso de Qualificação em Práticas Educacionais em Saúde, com ênfase em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, realizado pela FESP para a formação de preceptores e tutores de residências em saúde, que são os docentes responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem dos estudantes das Residências Multiprofissionais em Saúde. Tenho percebido que as exigências e as necessidades que surgem em uma prática profissional complexa, como é a de inserir a formação no mundo do trabalho, em que estamos sujeitos a várias possibilidades e também instabilidades pessoais, coletivas e institucionais que os cenários podem produzir e, conseqüentemente, surgem dificuldades que permeiam o processo de ensino e aprendizagem, principalmente em relação às metodologias ativas, um diferencial na Pós-Graduação da FESP e CEULP. Assim, assumi o compromisso de investigar as percepções dos residentes sobre a formação com metodologias ativas de ensino-aprendizagem em Residências Multiprofissionais em Saúde do PIRS da FESP/CEULP.

## 1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O ensino em saúde na perspectiva da residência multiprofissional é um exercício de reedição de saberes sobre educação e saúde, ou ainda, é o incorporar estratégias pedagógicas de ensino e aprendizagem com uma abordagem centrada no estudante como promotor da sua própria ação educativa, em que este transite da dependência do professor à autonomia e elabore seu conhecimento no cumprimento das atividades educacionais propostas (FUJITA, et al, 2016).

Neste contexto, várias metodologias são apresentadas no cardápio de possibilidades do ensino em saúde, dentre estas existem as que se convencionou de chamarem de Metodologias Ativas (MA), que se orientam por uma pedagogia crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino e aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento. Capazes de revolucionar a aprendizagem, as MA podem ser desenvolvidas através de estratégias diferenciadas capazes de mobilizar o educando para buscar e construir o conhecimento, ajudando na reflexão e a proposição de soluções mais adequadas e corretas para as problemáticas do contexto da saúde pública.

Algumas metodologias que apontam caminhos para se chegar nessa reflexão da prática profissional no contexto do SUS podem ser apontadas e inclusive fazem parte do diálogo neste estudo: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e ou sua ressignificação no contexto brasileiro sendo chamada de espiral construtivista (EC). Importa acentuar que, O Ministério da Educação, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e a Resolução CNE/CES n.º 03/2001, recomendou a metodologias ativas como estratégia para desenvolver as competências e habilidades na formação de profissionais da saúde (BRASIL, 2001).

Na experiência da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, o lugar das MA está garantido nos currículos dos programas de residência que buscam adotar uma concepção dialógica, desenvolver as áreas de competência e favorecer o processo de ensino e aprendizagem, com finalidade de transformar a prática profissional, envolvendo na avaliação os aspectos formativos e somativos (PALMAS, 2019).

Com base nestas informações, e como resultado da pesquisa realizada se elegeu o tema das metodologias ativas que buscam criar uma conexão entre o conteúdo teórico e os aspectos do cotidiano experienciado pelos profissionais em formação nas residências multiprofissionais de saúde, tendo como objetivo de responder alguns questionamentos sobre o processo: qual a aceitação das estratégias pedagógicas inovadoras para se trabalhar conteúdo da educação em

saúde na perspectiva da residência multiprofissional, especialmente se abordarem temas polêmicos, populações vulneráveis e discriminação social? É um desses questionamentos.

Por meio desses questionamentos e com o objetivo de analisar a percepção dos residentes sobre a formação utilizando metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas pela FESP/CEULP, e os respectivos objetivos específicos: identificar os conhecimentos dos residentes a respeito das metodologias ativas; identificar os conhecimentos dos residentes a respeito das metodologias ativas; relacionar os conhecimentos dos residentes sobre as metodologias ativas com suas percepções em relação ao uso destas nas RMS; Identificar as potencialidades e fragilidades encontradas pelos residentes com uso metodologias ativas nas RMS se confecciona esse relato de pesquisa.

É evidente a importância da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) desde 2013 contribuindo na formação de profissionais da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS) do município, principalmente em relação às iniciativas educacionais que surgiram, orientadas pelo Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) que buscam a transformação das práticas de gestão, atenção, vigilância e educação na saúde, e particularmente no âmbito da Pós-Graduação em caráter de residências multiprofissionais em saúde, inseridas no Plano Integrado de Residências em Saúde da FESP e CEULP, que iniciaram no ano de 2014 um movimento integrado de transformação das práticas educacionais e visando a integração do ensino e serviço em saúde.

O Ministério da Saúde vem chamando para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais para atender às necessidades do SUS, incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competência, promovendo mudanças na formação inicial por meio da aproximação das instituições formadoras dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde, nas áreas Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva, fundamentam-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa. Essa implantação objetiva influenciar a construção de novos modelos educacionais, de pesquisa e de cuidado, implicando a melhoria da prestação de serviços oferecidos à população.

Embora as RMS do PIRS da FESP venham construindo a formação embasada na Metodologia da Problematização e na Aprendizagem Baseada em Problemas em sua ressignificação pela Espiral Construtivista, como se pode prever, enfrentam-se problemas de várias naturezas, pois se trata de uma mudança estrutural e cultural. Constata-se que, estudos

exploratórios sobre os Programas de Residência Multiprofissional e a utilização das metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas instituições de formação profissional, bem como o entendimento acerca do processo ensino e aprendizagem na percepção dos residentes têm sido pouco explorados (BASSO, 2010; PASINI, 2010; SILVEIRA, 2011; DALLEGRAVE & CECCIM, 2013; OLIVEIRA, 2007; SCHAEGLER, 2010; SANTOS, 2009; FERREIRA, 2007; LIMA, 2005; LIMA 2016; CECCIM, 2018).

O reconhecimento, a compreensão e a análise dos determinantes que implicam a construção do saber poderão contribuir para nortear os rumos do processo de ensino e aprendizagem na FESP e em outras instituições formadoras, possibilitando a reflexão sobre a formação *lato sensu* e contribuindo, assim, para os processos de mudança na formação.

A pesquisa está estruturada da seguinte forma: Apresentação, Capítulo 1 contendo Introdução, Justificativa e Questão Problema, Capítulo 2 contendo os Objetivos, os quais representam a dissertação em seu estágio inicial, por meio do projeto de pesquisa. O Capítulo 3 apresenta a revisão de literatura com os seguintes tópicos: As Práticas Pedagógicas Da Saúde, O universo das residências multiprofissionais, O processo de ensino e aprendizagem nas RMS no Brasil, Estabelecendo o processo de ensino e aprendizagem, As metodologias ativas na Educação, O cenário de estabelecimento das Metodologias Ativas e A conexão com a realidade uma possibilidade de discussão. O Capítulo 4 apresenta o desenvolvimento metodológico. O Capítulo 5 apresenta a análise dos dados, os resultados e as discussões com os autores de referência. Posteriormente, são apresentadas as considerações finais.

### **1.1 Questão Problema**

Considerando que o processo de ensino e aprendizagem em RMS estabelece uma relação diferenciada com os alunos residentes, onde a construção do conhecimento e a promoção da aprendizagem acontece em cenários reais de aprendizagem nos serviços de saúde e nos cenários simulados de aprendizagem das preceptorias e tutorias. Em referência a esse pensamento, questiona-se: como os residentes percebem a formação com metodologias ativas de ensino e aprendizagem em Residências Multiprofissionais em Saúde do PIRS da FESP e CEULP?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a percepção dos residentes sobre a formação utilizando metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas pela FESP e CEULP.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os conhecimentos dos residentes a respeito das metodologias ativas;
- Relacionar os conhecimentos dos residentes sobre as metodologias ativas com suas percepções em relação ao uso destas nas no processo de ensino e aprendizagem das RMS;
- Identificar as potencialidades e fragilidades encontradas pelos residentes com uso das metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem das RMS;
- Organizar os dados coletados e sistematizá-los em um relatório de pesquisa que seja capaz de refletir por meio de resultados sobre a aplicação prática das metodologias ativas em cenários de prática das residências multiprofissionais em saúde.

### 3. AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DA SAÚDE

Desde o final do século passado, o governo brasileiro reconhece a importância da preparação dos professores da área da saúde e a formação de profissionais com capacidades técnicas e humanísticas para atender às exigências do Sistema Único de Saúde (SUS), para promover a desospitalização e o monitoramento da saúde se faz necessário adotar uma ação educativa crítica, autônoma, criativa, capaz de citar a realidade da prática e as mudanças políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde (BRASIL, 1999).

O Parecer nº 1.133 do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Ensino Superior (CNE / CES) enfatiza a necessidade de expressão clara entre educação, ensino superior e saúde, formação geral e especial para graduados, mantendo o foco na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Define o Guia Curricular Nacional (DCN) para cursos de graduação em saúde a necessidade de fortalecer ainda mais o vínculo entre as estratégias pedagógicas e a formação no SUS (Brasil, 2001). Essa forma é óbvia desde a Constituição Federal de 1988, uma vez que cabe ao Ministério da Saúde por meio do SUS decidir a capacitação profissional do setor saúde (BRASIL, 1988).

As práticas pedagógicas da saúde constituem-se de um tecido vivo de experiências, com as quais os profissionais convivem em suas práticas diárias nos territórios de saúde. Uma visão que valorize a educação permanente como força propulsora da problematização dos processos de trabalho e da consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, nas práticas de atenção, vem se consolidando ao longo do tempo.

Um saber pedagógico crítico e reflexivo só pode se estabelecer a partir do docente que reconhece o estudante como sujeito, que é alguém capaz de construção e de mobilização de saberes. Um desafio em relação à formação em saúde é que, se quisermos ter bons docentes, teremos que formá-los com sujeitos capazes de produzir conhecimentos, ações e saberes sobre a prática. Não basta fazer uma aula; é preciso saber por que tal aula se desenvolveu daquele jeito e naquelas condições: ou seja, é preciso compreensão e leitura da práxis. A práxis da saúde constitui um universo de possibilidades para a produção e reprodução do conhecimento.

Imbert (2003) aposta que distinguir práxis e prática permite uma demarcação das características do empreendimento pedagógico. Há, ou não, lugar na instituição de ensino para uma práxis? Ou será que, na maioria das vezes, são, sobretudo, simples práticas que nela se desenvolvem, ou seja, um fazer que ocupa o tempo e o espaço, visa um efeito, produz um objeto

(aprendizagem, saberes) e um sujeito-objeto (um aluno que recebe esse saber e sofre essas aprendizagens), mas que em nenhum momento é portador de autonomia.

A formação em saúde, sobretudo em nível de pós-graduação, como é o caso das residências multiprofissionais em saúde representam uma oportunidade de se concretizar uma educação inovadora em sua abrangência, só um indivíduo que é formado de modo reflexivo, conhece os mecanismos e os movimentos da práxis, e é capaz de potencializar as circunstâncias postas à prática.

### **3.1 O universo das residências multiprofissionais**

Criadas a partir da publicação da Lei nº 11.129 de 2005, as residências multiprofissionais são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nas necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

De responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação Suas principais atribuições são: de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, avaliar e aprovar as habilitações multiprofissionais em saúde e residência no plano profissional de saúde e atender às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; reconhecer a residência multiprofissional e habilitações em plano de saúde O direito de residência na área de saúde e as instituições elegíveis para oferecer o programa; no país / região, registrar uma residência multiprofissionais e certificado de residência na área de saúde profissional e indicar a descrição da categoria e o foco do programa.

A residência multiprofissional configura-se como um dispositivo estruturante de formação e de desenvolvimento profissional para construção do projeto de integralidade da Atenção à Saúde. O enfoque dessa residência fortalece o desenvolvimento do trabalho em equipe, baseado na complementaridade e interdependência, e favorece a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos originados na interface das diferentes áreas de conhecimento das profissões (FIORI, 2014).

A pesquisa em questão busca levantar/inventariar o papel da problematização como um dos recursos pedagógicos da residência multi, como defende Ceccim e Ferla (2003), pois que constitui novos perfis profissionais para atender às necessidades sociais e, entre essas, as de saúde, sendo a educação em serviço uma das possibilidades de formação profissional.

### **3.2 O processo de ensino e aprendizagem nas RMS no Brasil**

Na década de 1970, ao contrário do regime autoritário instituído naquela época, era marcado pela acirrada luta dos movimentos sociais, garantia de direitos, entre eles, o direito à saúde. Essas lutas levam depois, as grandes conquistas que estabeleceram as bases para a legalização dos direitos humanos Social. Mudanças políticas e de saúde, impulsionadas por movimentos sociais. As transformações políticas e sanitárias impulsionadas pelos movimentos sociais ocorreram paralelamente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), favorecendo o desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentasse como princípio o acesso universal e, enquanto diretrizes, a atenção integral, a descentralização e a participação (CECCIM, *et al* (orgs.), 2018).

A residência multiprofissional configura-se como um dispositivo estruturante de formação e de desenvolvimento profissional para construção do projeto de integralidade da Atenção à Saúde. O enfoque dessa residência fortalece o desenvolvimento do trabalho em equipe, baseado na complementaridade e interdependência, e favorece a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos originados na interface das diferentes áreas de conhecimento das profissões (CHIRELLI, SOARES, PIO 2016)

Nesse sentido, espera-se constituir novos perfis profissionais para atender às necessidades sociais e, entre essas, as de saúde, sendo a educação em serviço uma das possibilidades de formação profissional, o que poderia construir a corresponsabilização no cuidado em saúde por meio da inserção contínua nos cenários de prática profissional, pela aprendizagem coletiva e multiprofissional (CECCIM & FERLA, 2003).

A qualificação dos profissionais norteada a partir dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde tem por finalidade qualificar perfis profissionais, segundo abordagens pedagógicas problematizadoras que possibilitem aos profissionais em formação a

capacidade de analisar criticamente o cotidiano do trabalho em saúde e atuar de maneira colaborativa; para que, assim, possam ser capazes de reorientar as práticas do cuidado em saúde em face da integralidade e da humanização. Por serem estruturados de maneira a aproximar a educação e o trabalho, na perspectiva de formar profissionais na rede de serviços de saúde, os PRMS rompem o distanciamento existente entre ensino e serviço. O horizonte que se apresenta na formação de profissionais a partir dos PRMS contribui para que esses se tornem mais críticos, reflitam sobre suas práticas diárias, desenvolvam habilidades para o processo de trabalho em equipe e problematizem a realidade vivenciada; ressignificando as práticas de acolhimento, terapêuticas, de educação sanitária e de promoção da saúde (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

A implementação de programas de residência permite que sejam feitas junto aos profissionais dos serviços discussões e reflexões sobre os princípios e as diretrizes do SUS; sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde local, regional e nacional; o papel do profissional como formador e, ainda, o pensamento das práticas sob a possibilidade da construção de sujeitos implicados e comprometidos com sua formação e com seu trabalho.

Dessa forma, possibilita a educação em serviço, uma vez que pauta — de forma apropriada e atual — temas, instrumentos e recursos para a formação; questiona a prática e o processo de trabalho, bem como favorece a EPS nos serviços (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

A RMS se torna uma política indutora que possibilita trazer para a equipe de saúde vários profissionais que anteriormente não a integravam e, com isso, despertar no serviço a necessidade desse profissional para uma atenção integral à saúde do cidadão, alertando o gestor para a criação de vagas em concurso para essas profissões (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Uma equipe multiprofissional, ao desenvolver um trabalho integrado, contribui para ampliar a resolutividade em relação às demandas dos usuários e a qualidade da atenção em saúde, ampliando e compartilhando conhecimentos e saberes que produzem intervenções efetivas na prática do cuidado integral em saúde (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

### **3.3 Estabelecendo o processo de ensino e aprendizagem**

A aprendizagem da maioria das disciplinas acadêmicas pressupõe que a aquisição de conhecimento é um fim em si mesma. Esta é a razão por que geralmente presume-se que

aprendizagem em sala de aula, independentemente das aptidões intelectuais e vocacionais, têm pouca ou nenhuma relevância com relação a propósitos utilitaristas. Admite-se também que, embora os estudantes devam, em última análise, assumir a responsabilidade por sua própria aprendizagem, a escola não pode abdicar da responsabilidade de orientar a aprendizagem. A escola deve se encarregar de: fornecer aos estudantes disciplinas realmente válidas e pedagogicamente apropriadas, planejar o currículo escolar e os métodos de ensino localizados adequadamente quer no contínuo automático-significativo ou recepção-descoberta (AUSUBEL; NOVAK, 2007).

Considerando-se, ainda, que a atividade profissional pode permanecer por décadas e que os conhecimentos e a competência vão se transformando velozmente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, que contemple a Política Nacional de Educação na Saúde na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade (CECCIM & FERLA, 2003; MITRE, 2008).

As metodologias ativas de ensino apresentam problemas comuns, mas não se pode dizer que sejam unificados na teoria e nos pressupostos metodológicos. Assim, estão determinados os diferentes modelos e estratégias para a sua implementação, os quais constituem uma alternativa ao processo de ensino com diferentes benefícios e desafios nos diferentes níveis de ensino.

As tendências do século XXI indicam que a característica central da educação é o deslocamento do enfoque individual para o enfoque social, político e ideológico. A educação ocorre durante a vida inteira, constituindo um processo que não é neutro, defende GADOTTI (2000), ou ainda o processo de ensino tem estabelecido uma relação diferenciada com os alunos e, nesse processo, observa-se o percurso da construção do conhecimento e da promoção da aprendizagem.

O conjunto de fatores que envolvem a atividade docente se alteram em função dos fatores de constituição do meio, ultrapassando a mera atividade de ministrar aulas, também envolve a efetivação de levar ao aprender. O vínculo entre aprendizagem e ensino não é causal, ou seja, ensinar não leva à aprendizagem ou ao desenvolvimento de novas competências que possam levar à aprendizagem.

Pensar os processos de aprendizagens e de ensino na saúde implica reconhecer as várias ressalvas sociais, econômicas, políticas e educacionais que presidem as práticas educativas e

pedagógicas, buscando ultrapassar uma cultura de transmissão de informações e apoiar uma cultura acadêmica, que situa a aprendizagem como prática histórica e compartilhada pelos sujeitos, constituindo em uma práxis no sentido adotado por Vásquez, ou seja, construída na relação dialética teoria e prática nas quais são partilhados significados e propostas para intervenção na realidade (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015 apud MACIEL; RONDON; FERNANDES, 2018).

Nesse sentido se destaca a importância das escolhas por metodologias ativas na educação de profissionais de saúde, em que o estudante tem a oportunidade de emergir como sujeito ativo da aprendizagem desenvolvendo sua autonomia e criticidade ao mesmo tempo em que permite a este ser o protagonista da sua formação se reconhecendo como agente de garantias de direitos e deveres de transformação social (MACIEL; RONDON; FERNANDES, 2018).

Para essa compreensão Bordenave e Pereira (1977), Rangel (2005), Anastasiou e Alves (2014) e Libâneo (1994), evidenciam que o método de ensino é tão importante quanto o que se ensina, caracterizando a díade indispensável ao mesmo: teoria e prática. A metodologia seria constituída pelos saberes e fazeres (práticas), ou seja, pelas ações de ordenação de atividades pedagógicas pelo docente, com o objetivo de construção de conhecimento pelos estudantes, sendo que as escolhas destas ações por parte do docente são determinantes fundamentais do processo educativo (MACIEL; RONDON; FERNANDES, 2018).

Por outro lado, importa verificar que no que se refere à elaboração de suas propostas pedagógicas, cita-se como exemplo, no âmbito das instituições formadoras, a pouca compreensão dos atores envolvidos sobre a verdadeira concepção teórico-metodológica que deve nortear a estrutura curricular nos diferentes programas; uma vez que, por estarem imbricados em um modelo tradicional de ensino, persistem em estruturar programas de residência pautados em componentes curriculares que ainda se apresentam na modalidade de disciplina.

Entende-se que essa problemática compromete a implantação e implementação dos programas, visto que, embora possamos instituir nesse processo de formação um suporte teórico e metodológico norteado por metodologias ativas e problematizadoras, a prática pedagógica adotada por tutores comumente se apresenta dissonante àquela preconizada nos projetos. A sua concepção de multiprofissionalidade, exige necessariamente a formação de equipes envolvendo diferentes núcleos profissionais para a inserção em cenários de prática. Contudo, ao se analisar as ações dos profissionais residentes nesses cenários, observa-se que esses não desenvolvem

efetivamente um trabalho em equipe, uma vez que valorizam as competências específicas em detrimento das competências comuns a todos os núcleos profissionais (BERBEL, 1995).

Por meio de compreensão como essa, é que, é possível se fazer críticas ao modelo vigente, que embora aceite as inovações que se apresentam para o processo pedagógico, ainda mantêm parte da prática atrelada a padrões de desenvolvimento do ensino aprendizagem muito tradicional e departamentalizado, essa compreensão abre espaço para se pensar em estratégias diferenciadas de ensino aprendizagem.

### **3.4 As metodologias ativas na educação**

O filósofo Paracelso considerava “a aprendizagem a nossa própria vida”, afirmativa de cinco séculos atrás, essa referência trazida por Mészáros (2015), é seguida por outra não menos importante, desta vez de Gramsci: “não há nenhuma atividade humana da qual se possa excluir qualquer intervenção intelectual”, ainda para Mészáros, o posicionamento de Gramsci, é profundamente democrático. A decisão por iniciar esse tópico que trata das metodologias ativas na educação em saúde com a visão de dois importantes nomes para a educação e para o trabalho, se deve às características próprias dessa estratégia pedagógica e da sua fundamental importância para pensar o processo educativo.

Ao longo da história, a educação passou por um processo de mudança, dessa forma, novas dinâmicas se estabelecem na relação entre educadores e alunos. Sob uma nova perspectiva social no contemporâneo, os alunos devem assumir seus papéis na construção do conhecimento, o educador atua como promotor do conhecimento (FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015). Mesmo assim, é importante notar que a educação tal como existe hoje, é o resultado de toda a experiência histórica e o resultado das diferentes necessidades do homem, das transformações sociais, pois através da experiência é possível reconstruir valores e desenvolver novos padrões de estrutura social, agregando, assim, um novo valor (BEVILAQUA, 2014).

No Brasil, a metodologia ativa é derivada principalmente do Movimento Escola Ativa ou escolanovismo, que prevê a aprendizagem pela hegemonia dos alunos sobre os professores (ARAÚJO, 2015). Ao contrário da tendência liberal tradicional, a Escola Ativa vai considerar a experiência e o conhecimento adquiridos fora do espaço escolar, alguns dos quais utilizados



para a construção do processo de aprendizagem. Aproveite a experiência anterior dos alunos, dê conhecimento significativo e aplique à sua realidade (QUEIROZ e MOITA, 2007).

A Declaração dos Pioneiros da Educação da Estrela em Ascensão, lançada em 1932, foi um marco no novo século. A educação do Brasil condensou a insatisfação e as críticas de jovens intelectuais brasileiros ao sistema de educação. Os signatários do manifesto foram inspirados por pensamentos e ideias filosóficas. Os métodos de ensino mais avançados na Europa e América, bem como John Dewey e Durkheim. Sob o meticuloso planejamento do governo Getúlio Vargas, o movimento contou com a participação de pensadores educacionais como Fernando de Azevedo, Anísio Teixeira e Lorenzo Filho (COLARES; OLIVEIRA, 2018).

O manifesto ainda é um dos documentos mais importante da educação no Brasil, pois se apresentou como um instrumento político que objetivou traçar uma nova política educacional em defesa da escola para todos e a democratização do acesso à educação. Criticava o modelo educacional vigente e defendia um ideário de ensino mais instigador. Segundo Saviani (2004) o Manifesto pode ser considerado um legado que nos foi deixado pelo século XX, afirmam.

### **3.4.1 O cenário de estabelecimento das Metodologias Ativas**

Não é possível falar de metodologia ativa na educação, sem falar de transformações profundas de caráter sociológico, as mudanças sociais, econômicas, políticas, culturais e tecnológicas das últimas décadas afetaram muito a vida das pessoas, as relações estabelecidas entre elas, o mundo do trabalho e as escolas. Dada a solidez histórica de sua estrutura, esta última talvez seja a mais “abalada”.

Alguns estudiosos do comportamento humano, contribuíram de maneira contundente para a compressão desse cenário, a exemplo de Bauman (2009), quando contrasta o estágio atual da humanidade denominado de líquido, com o anterior, denominado de sólido. O autor discute que o estágio sólido corresponde a um período em que a durabilidade era a lógica, e os conhecimentos adquiridos pelo sujeito davam suporte à resolução de problemas pelo resto da vida, haja vista os contextos previsíveis e duráveis em que vivia. Já o estágio líquido é, segundo Bauman (2009), a condição sócio-histórica da contemporaneidade, e é caracterizado pela fluidez e incerteza, em que a imprevisibilidade é a palavra de ordem. Esse estado de liquidez,

ou impermanência se aplica ao processo ensino aprendizagem na contemporaneidade, em que os processos e seus atores.

A partir dessa reflexão, pode-se inferir que, ao contrário da experiência e dos conteúdos docentes “sólidos”, as necessidades sociais atuais exigem que os professores pressuponham uma nova postura e o estabelecimento de uma nova relação entre saber e saber, pois isso já está estabelecido. Para ele, é principalmente o andamento desse processo. Na verdade, esses requisitos significam aprender novos conhecimentos, desenvolver novas habilidades e mudar conceitos, ou seja, construir novos sentidos no ensino, levando em consideração as influências morais e políticas (BASSALOBRE, 2013).

Acima de tudo, é fundamental ressaltar que a execução dos pontos pedagógicos aponta à análise do investimento em evolução técnica. Pensando mais a longo prazo, o desenvolvimento contínuo de distintas formas de atuação acarreta um processo de reformulação e modernização das diretrizes de desenvolvimento para o futuro das metodologias, em que pese, sobretudo, uma visão muito atual da realidade e das condições de vida da população, influenciada por diferentes contextos.

Portanto, as contínuas e rápidas mudanças na sociedade contemporânea têm trazido demandas por novos modelos de ensino. Urge, portanto, reconsiderar a formação docente, a partir da diversidade de saberes necessários à sua prática, de modo a transformar a racionalidade técnica da prática instrumental em uma tentativa de reestruturação e avaliação dos saberes instituídos.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que os conhecimentos exigidos para a docência não se limitam ao conhecimento do conteúdo da disciplina. Aqueles que ensinam sabem muito claramente que ensinar e dominar o conteúdo são a base, mas eles também percebem que este é apenas um aspecto do processo acredita (DIESE; BALDEZ; MARTINS, 2017).

As experiências acumuladas demonstram que a contínua expansão da atividade pedagógica agrega valor ao estabelecimento do levantamento das variáveis envolvidas na conceituação de metodologias ativas na educação. Porém, quando os professores se referem claramente a elas, ou referem-se à sua prática docente, por vezes ainda existem grandes diferenças entre o seu comportamento e a sua fala, o que indica a contradição provocada pela falta de pensamento ou mesmo o conflito entre o saber escolar e a reflexão. As ações de professores e alunos (SCHÖN, 1995).

As metodologias ativas, compostas por vários exemplos de estratégias, por anos ficaram na geladeira do processo ensino aprendizagem, amplamente abraçado pelo ensino tradicional. Por outro lado reclamações recorrentes povoavam iniciativas de avaliação do método: Um exemplo que evidencia essa dualidade reside nos discursos comumente verbalizados por docentes e estudantes em que estes últimos reclamam das aulas rotineiras, enfadonhas e pouco dinâmicas, ao passo que os primeiros destacam a frustração pela pouca participação, desinteresse e desvalorização por parte dos estudantes em relação às aulas e às estratégias criadas para chamar atenção destes (DIESE; BALDEZ; MARTINS, 2017).

O empenho em analisar o aumento do diálogo entre os diferentes setores envolvidos aponta para a melhoria das condições inegavelmente apropriadas. Não obstante, a determinação clara de objetivos desafia a capacidade de equalização do impacto na agilidade decisória. É claro que a complexidade dos estudos efetuados deve passar por modificações independentemente das novas proposições. Observa-se que a utilização de novos recursos tecnológicos durante as aulas não altera esse cenário de insatisfação coletiva, posto que, sozinha, a tecnologia não garante aprendizagem, tampouco transpõe velhos paradigmas, defendem os autores.

A prática educativa possui papel fundamental na formação humana, posto que sua essência é formadora, e como tal, de natureza ética, por ser uma prática especificamente humana (Freire, 2015). Nesse sentido, o saber docente, de natureza eminentemente ética, constitui-se numa prática cujo eixo constitutivo é a humanidade dos atores num dinâmico e complexo processo de interação.

Disto isto, é possível verificar a relação entre essa ideia e os saberes da docência envolvidos na formação humana descrita por (FREIRE, 2015):

Percebe-se, assim, a importância do papel do educador, o mérito da paz com que viva a certeza de que faz parte de sua tarefa docente não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo. Daí a impossibilidade de vir a tornar-se um professor crítico se, mecanicamente memorizador, é muito mais um repetidor de frases e de ideias inertes do que um desafiador.

Freire (2015), defende, portanto, que o papel do formador, é antes, um papel de facilitador do pensamento crítico-reflexivo, e se acrescenta que em um contexto com o uso de metodologias ativas, o professor, antes de qualquer outra característica, deve assumir uma postura investigativa de sua própria prática, refletindo sobre ela a fim de reconhecer problemas e propor soluções.

### **3.5 A conexão com a realidade uma possibilidade de discussão**

Ceccim e Feuerwerker (2004) a que se elegeu para compor parte desta composição firmam a compreensão de que a formação de profissionais de saúde é um projeto técnico além do âmbito da educação, envolvendo ciências multiespecializadas e estendido aos aspectos estruturais de relacionamentos e práticas. Todos os componentes de interesse ou relevância social para viabilizar a melhoria da saúde da população, para tanto, enfrenta aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

Deduz-se, que a amplitude tomada pelas residências multiprofissionais é gigantesca frente a problemática da saúde, sobretudo a saúde pública e a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometido com processos que causem impacto no ensino, analisam ainda que a prática pedagógica não pode se dá dissociada da visão do todo e da sua complexidade, pensando que intersetorialidade e prática de atenção à saúde devem se complementar como ambientes de ensino saúde.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS, defendem os autores. (CECCIM E FEUERWERKER 2004)

Os autores discutem que a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, devem na verdade, criar condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, do gerenciamento clínico e do controle social, repensando uma engenharia da autonomia dos indivíduos com vistas a influenciá-los para a organização de políticas do cuidado.

Já em relação ao trabalho e a Educação Interprofissional (EIP) em saúde, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Kanan, et al. (2018), consideram que o panorama brasileiro da Educação e Trabalho Interprofissional ainda é incipiente. Limita-se a ações e experiências recentes, que precisam enfatizar o debate de EIP. O fortalecimento da articulação ensino/serviço, inovação nos métodos de ensino, a inserção da EIP nos cenários didáticos, pedagógicos, políticos e organizacionais são estratégias importantes para a mudança nos processos de formação em saúde. Em referência ao Trabalho Interprofissional, as relações interprofissionais, pontuando os processos comunicacionais, se configuram como desafios a serem superados.

Impossível falar de metodologias ativas e problematização em educação sem falar de Paulo Freire em uma das suas mais importantes obras, 'A pedagogia da Autonomia', em que afirma que é não só interessante, mas profundamente importante que os estudantes percebam as diferenças de compreensão dos fatos, as posições às vezes antagônicas entre professores na apreciação dos problemas e no equacionamento de soluções FREIRE (2014). E ainda afirma ser fundamental que percebam o respeito e a lealdade com que um professor analisa e critica as posturas dos outros.

As atualizações técnicas e científicas constituem apenas um aspecto da prática de qualificação, não o foco. O conteúdo formativo inclui a geração de conhecimentos subjetivos, a geração de habilidades técnicas e de pensamento e a compreensão plena do SUS. A formação na área da saúde deve ter como objetivo a transformação da prática ocupacional e da própria organização do trabalho, e deve estruturar o coletivo e a organização de acordo com o processo de trabalho problemático e sua capacidade de acolher e cuidar do pessoal, dos trabalhadores e dos vários aspectos e necessidades de saúde da sociedade.

Ainda de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), o SUS tem desempenhado papel ativo no ajuste das estratégias de enfermagem, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva. Pode ter um impacto importante nas estratégias e métodos de ensino, mas não tem grande poder nos métodos de treinamento.

Justamente porque essa etapa depende do desenvolvimento do trabalho e das subjetividades que envolvem esse desenvolvimento que são inúmeras e fazem parte de uma geografia física, política e até emocional, ou melhor dizer psicossocial, dos elementos envolvidos na construção de métodos para o treinamento e educação em saúde.

Fica muito evidente que os métodos que hoje compõem o arcabouço das metodologias de educação em saúde, buscam com intensidade alcançar uma certa autonomia do residente em relação à práxis/prática, como bem frisou Freire (2014), quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a serenidade.

Ou ainda, uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras, esta que é, uma visão recorrente dos autores, reforçam a percepção do trabalho intersetorial e interdisciplinar como a maior aquisição pedagógica dos processos formativos em saúde e que para uma realidade de residência multiprofissional se constituem uma espécie de terra prometida.

Nesse sentido, a educação permanente em saúde reflete de forma crítica nas práticas formativas da saúde e da gestão, que pode, ou deve realizar educação aplicável ao trabalho (formação tradicional), educação para o trabalho e educação para a produção holística também, ou produção de sentidos, podem ser dimensões consideradas, em ambos os casos a reflexão e a crítica são integrantes determinantes para a adequação do processo.

Se a responsabilidade dos departamentos de serviço de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e estratégias de organização de saúde leva ao desenvolvimento de recomendações de educação no trabalho como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde, então o trabalho organizacional não será um problema. Cardápios de cursos ou pacote de programas específicos, em acordo com o processo de formação e educação permanente em saúde estão sempre ordenados e apontados para os resultados organizações e para o atendimento integral ao usuário.

Para a oferta de residenciais multiprofissionais essas características citadas podem ser determinantes para o processo de avaliação do resultado do processo formativo ao longo do tempo de formação.

## **4. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipos de pesquisa**

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, transversal, de cunho exploratório. A abordagem qualitativa está baseada no paradigma naturalístico com valorização da subjetividade, da profundidade e da compreensão do sentido dos fenômenos com priorização do raciocínio indutivo (VÍCTORIA, KNAUTH, HASSEN, 2000; POUPART et al., 2014). O intuito foi pesquisar sobre a percepção dos residentes sobre o uso das metodologias ativas na formação de profissionais nas Pós-Graduações em Residências Multiprofissionais em Saúde.

### **4.2 Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na sede da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), com os residentes das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), dos Programas de Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Coletiva, no período de setembro de a outubro de 2019.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

A pesquisa foi realizada com os residentes das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), nas áreas de Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Coletiva, do Plano Integrado de Residências em Saúde (PIRS) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP), que ingressaram no ano de 2018, ou seja, residentes do segundo ano (R2), com, pelo menos, doze meses de vivência na metodologia de ensino e aprendizagem das RMS, totalizando doze residentes dos programas citados na tabela 1.

#### 4.4 Coleta de dados

Inicialmente, foi acessado com auxílio das coordenações dos programas das residências, o cadastro dos residentes regularmente matriculados nos Programas das RMS do PIRS, nas áreas de Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

O estudo foi pautado na abordagem qualitativa, em que os residentes foram convidados a participar de uma entrevista individual semiestruturada e audiogravada (APÊNDICE B).

As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2019 a outubro de 2019, em horário previamente combinados com o entrevistado por meio de contato telefônico e/ou e-mail., de acordo com a disponibilidade dele, na sede da FESP.

Foi utilizada para a seleção dos participantes uma amostra não probabilística, também chamada de amostra por conveniência, que propõe um subgrupo da população em que a escolha dos elementos não depende da probabilidade e, sim, das características da pesquisa. Para o enfoque qualitativo, como não interessa tanto a possibilidade de generalizar os resultados, as amostras não probabilísticas são de muito valor, pois, ao proceder-se cuidadosamente e com uma profunda imersão inicial no campo, obtêm-se os sujeitos que interessam ao pesquisador e que oferecem uma grande riqueza para a coleta e análise dos dados.

Consideram-se, como critérios de inclusão na amostra, ter residentes de cada um dos programas das três áreas das RMS do PIRS/FESP/CEULP, com representantes de qualquer categoria profissional, com entrada no ano de 2018 (R2), com pelo menos, doze meses de vivência na metodologia de ensino e aprendizagem das RMS, totalizando 12 participantes apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número de participantes residentes segundo a categoria profissional e programa de residência da FESP/CEULP, 2019.

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE</b>	<b>SAÚDE MENTAL</b>	<b>SAÚDE COLETIVA</b>	<b>TOTAL GERAL</b>
Educação Física	2	-	-	2
Enfermagem	-	-	2	2
Farmácia	-	1	-	1



Odontologia	-	-	1	<b>1</b>
Psicologia	-	1	1	<b>2</b>
Serviço Social	-	2	1	<b>3</b>
Terapia Ocupacional	-	1	-	<b>1</b>
<b>TOTAL PARTICIPANTES POR PROGRAMA</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

#### ***4.5 Plano de análise de dados***

Como método de análise foi utilizado o Método Analítico-Descritivo que visa observar, registrar, descrever as características de um fenômeno ocorrido em uma amostra e ao mesmo tempo abrange uma análise das informações coletadas em uma certa pesquisa na busca de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população (FONTELLES, et al., 2009).

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FESP, sob o Parecer nº 3.205.107.

A participação dos sujeitos selecionados para o estudo ocorreu após a leitura, a explicação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para o conhecimento sobre a pesquisa a ser realizada e para a autorização da análise dos dados da entrevista. Uma cópia ficou arquivada com o pesquisador responsável e a outra foi fornecida ao participante para esclarecimento de possíveis dúvidas surgidas posteriormente.

Foi garantido aos integrantes da pesquisa que poderiam optar pela desistência da participação a qualquer momento, comunicando-a ao pesquisador.

## 5. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### *5.1 Compreensão e percepção do residente da utilização das metodologias ativas nos processos formativos das RMS*

#### 5.1.1 A construção do processo de ensino e aprendizagem pelo residente

Os residentes mencionam que a aprendizagem está relacionada com a prática em situações do cotidiano, reproduzindo muitas vezes o que ocorre no serviço, aprendendo o que o profissional dos serviços de saúde faz, bem como, aprendem com os residentes e pessoas de outras áreas da instituição. No entanto, o aprendizado está relacionado com a proatividade do residente em buscar o conhecimento.

Correlacionam a vivência com metodologia ativa das RMS, principalmente com o trabalho, justificando que sentem falta do processo de reflexão da prática profissional. Apontam que buscam a teoria em alguns espaços, mas que a maior parte da residência se desenvolve na prática.

De acordo com os residentes: “[...] a residência é formação em serviço, aqui eu fiquei pensando que eu vivencio, é mais trabalho mesmo, então o processo ensino-aprendizagem é basicamente pelo trabalho” (E12-R2SC).

Destacam também que “[...] a forma do ensino, diferente, a metodologia permite a gente entrar direto na vivência mesmo e dali colhendo o aprendizado, diferente da metodologia que eu tive na minha graduação [...]” (E10-R2SM).

A intencionalidade da inserção dos residentes no mundo real do trabalho cria uma nova forma de organização capaz de produzir outra cultura e outra forma de lidar com as expressões pessoais dos sujeitos, onde o arranjo proposto é transversal, no sentido de estimular novos padrões de relação que perpassem os trabalhadores, as equipes e os usuários, de forma a ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, favorecendo a troca de informações (FESP, 2019).

Por outro lado, mencionam que estão nos cenários de práticas reproduzindo a prática dos profissionais e se questionam se esse seria o caminho do processo ensino e aprendizagem:

“[...] na verdade acaba, reproduzindo o serviço. Então, muitas vezes a gente até se pergunta “será que tá certo? Poderia modificar?” (E2-R2SFC).

Entretanto, evidenciam a vivência da prática como uma potencialidade, afirmando que podem aperfeiçoar as técnicas do cuidado em saúde, além de, no tempo que permanecem no cenário. Ao conseguirem acompanhar a evolução dos usuários/pacientes, melhoram, conseqüentemente, o resultado do trabalho oferecido: “[...] quando você tá na prática, seja ela aonde for, você tá aprendendo, mas o próprio método me deu isso, eu posso dizer que esse olhar pra prática como aprendizado constante, mesmo vivendo o bom ou ruim você sente que tá aprendendo [...]” (E9-R2SC).

É importante ressaltar, entretanto, que a possibilidade de vivenciar a prática, por si só, não opera em mudanças nos sujeitos. Essas só ocorrem quando há espaço reflexivo e quando, diante da complexidade dos acontecimentos, é produzida abertura aos processos de elaboração dos problemas (WANDERLEY, 2010).

Acreditam que por motivos políticos internos da SEMUS, FESP e CEULP, a educação permanente dos profissionais de campo acontece de forma insipiente, refletindo diretamente no processo de ensino e aprendizagem: “O processo de capacitação do preceptor precisa ser assegurado na questão política estrutural da residência, senão resvala no processo de ensino e aprendizagem do residente, não tem como estruturar um processo de ensino-aprendizagem de baixo pra cima, é muita gente envolvida [...]” (E6-R2SM).

Ao mesmo tempo que a parceria entre SEMUS, FESP e CEULP já foi apontada como uma fortaleza, ela também é identificada como uma fragilidade por considerar a necessidade de fortalecimento da articulação político-estratégica no município, nos cenários de prática profissional.

Destaca-se que a construção do conhecimento a partir da prática profissional nos cenários pode ser um avanço nas metodologias ativas, no entanto, há necessidade ainda de discussão sobre as ações desempenhadas de diferentes formas nas situações vivenciadas pelos residentes no cotidiano dos serviços de saúde, para construção dos sentidos e significados dessa prática.

Os residentes apontam também, que as discussões são embasadas em assuntos que surgiram da necessidade da prática e caso não haja demanda, os tutores trazem para discussão assuntos pertinentes ao núcleo profissional para depois elaborarem as questões de

aprendizagem. Os residentes referem ainda que as discussões são muito produtivas quando nas unidades educacionais são levados temas que não compete a nenhum núcleo específico. Assim, conseguem abranger vários aspectos não vistos antes na graduação: “[...] a gente vai estudando tudo, a nossa vivência mesmo [...]” (E11-R2SC). Relata-se também: “[...] nosso tutor de campo, ele levanta algum tema, e aí depois de cada reunião a gente avalia como foi à reunião, e se a gente conseguiu aprender [...]” (E5-R2SM) e “[...] alguns encontros, o preceptor, o tutor dá um tema, amanhã nós vamos falar disso, então a gente tá sentindo falta de ter estudo de caso, de relacionar um pouco mais com a prática [...]” (E6-R2CC).

A orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início, em cenários da prática profissional com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos, segundo contexto e critérios. Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência. Essa inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem (LIMA, 2005).

Na abordagem dialógica de competência, a construção de significado pressupõe a constituição da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria e prática. Os conteúdos passam a ser explorados, considerando-se o significado a eles atribuído e sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões de excelência socialmente definidos. É na reflexão e na teorização a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades (LIMA, 2005).

O paradigma da prática reflexiva, ao integrar teoria e prática, constitui-se como processo de investigação da ação, articulando a criatividade revolucionária da prática ao potencial emancipatório da teoria e da reflexão (LIMA, 2005; GIROX, 1995; MOGLIKA, 2003).

A utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional garante uma aproximação imediata da aprendizagem ao mundo do trabalho, favorecendo a construção de novos saberes a partir do reconhecimento da prática em questão e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas, assim como da funcionalidade das capacidades a serem desenvolvidas para melhor qualificar essas ações (HALLOWELL, 1997).

O modelo de currículo dos programas de residência é na modalidade integrada, orientado por competência, tendo como concepção a abordagem dialógica, que trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional, considerando a história das pessoas e da sociedade, nos seus processos de reprodução ou de transformação de saberes e de valores (FESP, 2019; LIMA, 2005).

Tais mudanças parecem representar avanços, mas também colocam alguns desafios no cotidiano dos serviços de saúde, pois, ainda há uma distância significativa entre o que é preconizado e o que é realizado, visto que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais (NASCIMENTO, 2010).

Questiona-se sobre se nos cenários de prática com os preceptores assim como nos momentos de realização de tutorias com os tutores, quando trabalham no movimento para a elaboração do conhecimento, o quanto há de construção de uma prática reflexiva a partir da vivência dos residentes para a sua transformação ou se no estudo somente de temas propostos pelos tutores e preceptores.

Para que ocorra intencionalidade de mudança na prática profissional, possivelmente alguns movimentos seriam necessários nos cenários, dentre eles a compreensão do processo pedagógico, a intencionalidade política dos gestores da instância local enquanto projeto de atenção à saúde estreitamente afinado com as propostas de integralidade e a de que o SUS seja espaço de formação dos profissionais de saúde, ou seja, os profissionais nos serviços ao receberem os residentes para a sua formação, necessitam de um projeto para sua constante capacitação, articulado com uma proposta de projeto do serviço.

Por outro lado, os residentes relatam que uma das potencialidades é a metodologia ativa de ensino e aprendizagem que estimula a autonomia dos sujeitos e a busca do conhecimento; mobiliza o estudante no estudo contínuo; auxilia na identificação do estudante e de suas necessidades particulares; desenvolve responsabilidade, postura profissional para resolução de conflitos e dificuldades, mesmo que o residente não tenha ainda familiaridade com o método: “[...] acho que a fortaleza da residência é o método, é estimular autonomia, responsabilidade, [...] que a gente consiga resolver conflitos ou dificuldades ao montar projetos em comum entre

a gente também [...]” (E1-R2SFC); “[...] tornar o residente muito capaz em relação à seleção de buscas, a sistematizar o material, fazer fichamento, organização [...]” (E7-R2SC).

Os residentes percebem que na metodologia ativa são protagonistas do processo, tendo a necessidade do interesse dos mesmos no conhecimento que será construído, uma vez que, qualquer que seja a demanda de consultoria, dúvidas e dificuldades que possam surgir, os mesmos deverão se mobilizar para dar encaminhamentos: “[...] Meu papel na aprendizagem quase depende só de mim, porque, nada vai ser dado pra mim [...] ninguém vai dar de bandeja pra mim [...]” (E3-R2SM).

Tal perspectiva vem ao encontro das ideias de Freire (2014) quando afirma que “o conhecimento só pode ser desenvolvido na própria ação do indivíduo”. Então, isto faz com que a aprendizagem se torne significativa e duradoura, que o estudante adquira o desejo de aprender e se torne estimulado a produzir o próprio conhecimento.

Com relação a busca qualificada dos conhecimentos, alguns residentes reforçam que se sentem muito mais exigidos em relação ao método de ensino tradicional e que a maior dificuldade dos que não estavam habituados com as metodologias ativas de ensino e aprendizagem foi construir essa prática: “[...] a gente é muito mais exigido do que a maioria dos métodos, com essa metodologia, porque a gente tem que buscar as informações, as questões que foram levantadas, se você quer fazer você faz, se você não quer, você que vai sair perdendo. Então, a cobrança é diferente. É mais uma cobrança de você pra você, do que de um professor [...]” (E4-R2SM).

Os residentes mencionam que a maior recompensa quando se vivencia o método é a crítica para a escolha das fontes pesquisadas, foco na proposta do estudo, desenvolvimento da capacidade de organização, a potencialização da capacidade de se expor e transmitir o conhecimento perante o grupo, capacidade de absorver a mensagem do grupo, estabelecimento de correlação entre a teoria com a prática, construção coletiva do conhecimento e levar para discussão o que é de interesse do residente e não somente do professor, o que requer mais esforço e disciplina do residente.

Os residentes apontam que há mudança no movimento do processo ensino e aprendizagem, quando conseguem realizar o processo de construção do conhecimento partindo da busca qualificada e sua sistematização, sendo sujeitos nesse processo: “[...] a dificuldade com esse método é em buscar e depois a maior recompensa que você acaba sendo mais crítica para selecionar as fontes, você desenvolve uma capacidade de organizar o material, [...] a gente

não fica só esperando o professor [...]” (E6-R2CC) e “[...] quando a gente vai pra um processo de ensino-aprendizagem o residente ele é o ator, vai depender dele o ensino que ele vai absorver é diferente de uma sala de aula que você escuta, escuta, escuta e você vai tentar processar aquilo, quando a gente é ator da situação [...]” (E12-R2SC).

O que se percebe é que quanto mais se leva o estudante a atingir níveis mais complexos de raciocínio, maior é o grau de autonomia e de participação que ele atinge, visto que, um estudante que consegue avaliar seu trabalho, certamente está muito mais preparado, em termos de aprendizagem, do que um estudante que apenas desenvolve uma tarefa sem julgá-la (SOBRINHO, 2008).

Porém, referem que existe também dificuldade no momento de compartilhar as respostas dos materiais de busca entre os residentes: “[...] existe um pouquinho de dificuldade por conta da questão de ter que dividir as respostas com os outros residentes [...]” (E8-R2SC).

A dificuldade implícita nesse discurso nos remete a dificuldade dos residentes de se desenvolverem e trabalharem no método de ensino e aprendizagem, bem como dos docentes em operarem com o método, auxiliando os residentes no processamento da construção do conhecimento.

No entanto, os residentes identificam, como potencialidade, a característica multiprofissional da residência, que permite em todos os encontros abordagens de todas as profissões, favorecendo o aprendizado conjunto da prática profissional de outras categorias profissionais, bem como, perspectivas diferentes analisadas de uma mesma situação: “[...] o fato de ser multiprofissional e todas as situações-problema que a gente tem, todos os encontros, sempre têm abordagem de todas as profissões. A gente acaba conhecendo mais da prática profissional de outra categoria e pontos diferentes a serem analisados da mesma situação, isso é muito enriquecedor [...]” (E9-R2SC).

Por meio da análise das falas apresentadas, é possível verificar que a abordagem multiprofissional tem sido um grande diferencial no processo de aprendizagem dos residentes, uma vez que essa abordagem permite a possibilidade do trabalho em equipe. Vários estudos vêm demonstrando a importância das práticas multiprofissionais na formação para o trabalho em equipe, sendo a residência um dispositivo para esta formação multiprofissional (PASINI, 2010; FERREIRA, 2007; SALVADOR, 2010; DALLEGRAVE, 2008; SANTOS, 2010, SIMONI, 2007; SCHEREDER, 2006).

Conforme Oliveira & Spiri (2006) “cada membro tem seu papel no programa, e desempenhá-lo com dedicação torna o trabalho gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe”. O trabalho em equipe é importante para o cuidado em saúde integral ao paciente e família, visto que a abordagem acontece em sua totalidade, sendo mais eficaz, pois toda equipe participa do planejamento e acompanhamento. O trabalho em equipe multiprofissional adquire um formato de trabalho coletivo e exige a cooperação, interação e troca de saberes de atores de diferentes categorias profissionais, exigindo conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais efetiva de atingi-los. Nessa perspectiva, acredita que cabe ao profissional inserido nessa lógica refazer a visão do seu processo de trabalho e considerar que a equipe o estimula a reconstruir seu fazer profissional integrado (FERREIRA et al., 2009).

Nesse sentido, alguns residentes acreditam que a aprendizagem se dá também por meio de uma troca simultânea entre os professores e o estudante, de modo a construir o conhecimento juntos: “[...] o meu papel, eu entendo como se ele fosse uma via de mão dupla, então eu recebo coisas, mas eu também transmito coisas pro meu preceptor e a gente vai construindo juntos” (E5-R2SM).

Acreditam que seu papel depende também do cenário de práticas. Há cenários em que o residente terá mais autonomia para desenvolver seu trabalho e ressaltam que essa autonomia deve ser conquistada com competência profissional, conforme se adquire experiência e se desenvolve habilidades que não foram construídas na graduação. Porém, identificam que a cada cenário que passam, vão percebendo a evolução e a sua importância dentro da equipe de saúde: “[...] meu papel é bastante importante, só que também depende do cenário no qual a gente tá vivenciando, tem cenários que a equipe vai dar mais autonomia pro residente trabalhar e desenvolver o seu trabalho. Claro que, essa autonomia vai conquistando com a sua competência profissional [...] que não foram tão desenvolvidas na graduação. A residência está ajudando bastante a desenvolver essas habilidades [...]” (E6-R2SM).

Mencionam ainda que há diferença quando são formados pela metodologia tradicional, onde sentam na sala de aula e os professores apenas transmitem o conteúdo e o aluno não pára para refletir naquilo que o professor está transmitindo, pois tem uma prática mecânica: “[...] quando a gente é formado no ensino tradicional a gente senta na sala de aula e os professores falam, falam e a gente não para nem pra pensar, porquê que é assim aquilo que ele tá falando, é assim de tal forma que é feito. ‘Mas, por quê?’ [...]” (E11-R2SC).



Os residentes afirmam que com as metodologias ativas de ensino ao estudarem um determinado assunto eles chegam com um conceito, esse é discutido e aprofundado e começa a se tornar significativo. Fazem correlação entre a teoria e a prática, propiciando que eles tenham mais interesse em buscar sempre mais e repensar para ver o que conseguem mudar na prática: “[...] o que foi feito, o que tá certo, o que foi feito e tava errado; como poderia ter sido feito; como fazer daqui pra frente, um processo que a gente faz; depois reflete pra fazer uma nova prática [...]” (E5-R2SM).

A maior proporção dos residentes refere que não tiveram vivência com as metodologias ativas na graduação e que vivenciarem um novo olhar e trazer o seu aprendizado tem sido bom para eles: “[...] eu não tive a experiência de ter isso na graduação. Então, como eu já sou uma profissional, vivenciar o novo e trazer aquele aprendizado tem sido bom pra mim, por mais que seja angustiante muitas vezes pelo costume da metodologia tradicional.” (E1-R2SFC).

Viver a prática do novo sempre poderá causar novos sentimentos e sensações, dentre esses a angústia. No entanto, esse sentimento poderá ser um elemento mobilizador para o processo de mudança nas práticas.

No auge das mudanças na formação profissional na área da saúde no Brasil, surgem as metodologias ativas de ensino e aprendizagem propondo articulações mais estreitas entre a universidade, o serviço e a comunidade, promovendo uma leitura e de intervenção rápida sobre a realidade, valorizando os diversos atores no processo de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos, com expansão do processo de pensamento crítico-reflexivo e do trabalho em equipe (CECCIM, FEURWERKER, 2004; GOMES et al., 2009; MADRUGA, 1996; CECÍLIO, 2001; GOMES, 2011).

Nos resultados de um estudo que teve como objeto avaliar os cursos de Residência Multiprofissional em Saúde de uma instituição de ensino superior, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, os egressos avaliaram como pontos positivos nos cursos, em geral, a aplicação de princípios das metodologias ativas, uma vez que, para eles, foi possível uma visão ampliada e contextualizada da realidade, a articulação teoria/prática, além do desenvolvimento da capacidade de conviver e respeitar os diferentes saberes necessários ao cuidado integral. A troca de experiência, o envolvimento com outras categorias profissionais, o aprender a trabalhar em grupo e o buscar o próprio conhecimento, de acordo com as necessidades do cotidiano, também se mostraram como reais aquisições dos cursos (MARIN et al, 2010).

Tais resultados condizem com os achados de um ensaio teórico que, ao analisar as possibilidades e os limites da Aprendizagem Baseada em Problemas e da problematização, concluiu que estas modalidades de ensino podem representar um movimento inovador no contexto da educação na área da saúde, favorecendo as mudanças necessárias na implementação dos princípios do SUS (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

Outros autores apresentam as potencialidades e limitações da metodologia problematizadora e reconhecem que ela pode auxiliar a superar os problemas existentes na área da saúde e da educação (SCHAURICH et al., 2007).

### 5.1.2 Papel/lugar do tutor e preceptor nas metodologias ativas das RMS

Os residentes referem que os preceptores e tutores promovem sua autonomia para atuarem na prática, de forma que eles não se sintam desamparados e inseguros. Reforçam ainda, que existe muito respeito na troca de conhecimento em relação ao que o residente vai construindo enquanto profissional: “[...] eles tentam desenvolver na gente um sentimento mais de autonomia, deixam a gente mais livre pra decidir quais vão ser nossas condutas; “[...] eles não fazem isso de uma forma que deixe a gente com alguma dificuldade e/ou se sentindo desamparado, inseguro [...].” (E1-R2SFC).

Em relação ao papel do preceptor, este se encontra mais próximo do residente na vivência da prática, auxiliando no esclarecimento do fluxo do cenário, nas possibilidades e necessidades daquele local, sendo um apoio para ajudá-los com o conhecimento nas demandas urgentes do dia a dia.

Os residentes destacam que o tutor está além da vivência da prática para solucionar as dúvidas com relação à aprendizagem, ficando com a parte mais teórica de conhecimentos novos e pode ajudar com o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). O preceptor de núcleo está presente nas tutorias de núcleo somente com a categoria profissional específica e a tutoria de campo com várias categorias profissionais diferentes e outros programas da residência. Alguns residentes consideram que o tutor de campo consegue ajudar e contribuir com os processos que acontecem na prática com outro olhar por não estarem dentro do cenário: “[...] o tutor de campo, ele tem um papel importantíssimo [...] como ele não tá dentro do cenário, ele é quem acaba ajudando a entender os processos que acontecem aqui com um outro olhar [...]” (E5-R2SM).

Reconhecem que o tutor de campo é extremamente importante uma vez que alguns residentes não têm o profissional da sua mesma categoria presente na prática e o tutor auxilia nas discussões do que foi feito, como poderia ter sido feito e como fazer daqui para frente, conforme a fala: “[...] eu mesma não tenho uma assistente social direto dentro do pronto atendimento, mas é importante porque a abertura que a gente tem, pode falar tudo com eles, a gente tá em constante aprendizado [...]” (E9-R2SC).

Fica destacada, no desempenho dos tutores e dos preceptores, a necessidade de se construir sentido e significado na prática profissional dos residentes por meio da mediação do processo ensino e aprendizagem em metodologias ativas. Ou seja, não basta acúmulo teórico do profissional, o docente necessita desempenhar sua ação de construção junto ao residente de processos de constituição de autonomia na prática profissional, tornando-o sujeito implicado nas ações, por meio de ação reflexiva.

No entanto, ao mencionarem que em algumas situações o residente é a única referência da categoria profissional no cenário, apontam que: “[...] eu fiquei a única referência do meu núcleo profissional. Acho que acabei desenvolvendo um papel interessante, legal, porque eu não tinha uma referência, tive que ter proatividade em muita coisa e aprender no dia a dia mesmo [...]” (E7-R2SC).

Parece que há necessidade de planejamento das ações de formação dos preceptores dos residentes, além da organização e gestão do programa para que todas as áreas tenham supervisão por profissionais de sua área, tendo como finalidade a construção dos desempenhos/conteúdos a serem abordados nos cenários de prática profissional e que possa ir além da proatividade dos residentes.

Na Resolução da CNRMS Nº2 de 2012 (BRASIL, 2012) dentre as competências do tutor e preceptor, descreve-se como formação mínima ao tutor, o título de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos na área. Para o preceptor, formação mínima de especialista. Apesar dessa exigência, ficam algumas indagações. Será que somente a formação de título é capaz de sustentar esse processo tão complexo? Faz-se necessária a construção de diálogo entre os sujeitos? Quais as necessidades desses profissionais? Como se deu o processo de ensino e aprendizagem com esses tutores e preceptores?

Na área da saúde, entretanto, a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta

assistencial. Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras (CECCIM, FEURWERKER, 2004).

A área da saúde requer educação permanente, formação para a área da saúde como construção da educação em serviço: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (CECCIM, FEURWERKER, 2004).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (HADDAD et al., 1994).

Nesse sentido, a educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática (CECCIM, FEURWERKER, 2004).

Conforme Oliveira (2007) os profissionais selecionados para exercer o papel de preceptor junto à coordenação da residência apresentavam desempenho positivo e experiência na área da residência, portando acreditou-se que a experiência prática desses profissionais favoreceria o processo de formação do residente. Porém, foi evidenciado que em relação à parte acadêmica esses profissionais tinham pouco conhecimento “por se tratar de uma atividade complexa, essa mediação é uma atividade que exige conhecimento, sensibilidade, criatividade, improvisação e muito bom senso”.

Há indícios de que há necessidade de uma formação específica na área técnica para a atuação como preceptor de campo, mas também uma sustentação pedagógica para o trabalho tanto como preceptor como tutor. Nesse sentido, a atividade de educação permanente poderia ser um espaço de formação desses profissionais que vão acompanhar a formação dos residentes.

Certa dificuldade diz respeito à forma como alguns preceptores de campo não aceitam a construção do conhecimento dialógico durante o processo de vivência da prática. Muitas vezes eles entendem que tem que ser superiores e autoritários o que dificulta essa construção: “[...] o nosso papel é de troca com o profissional que está no serviço, porque o que nos é colocado, que a gente tem que aprender e tem que ensinar [...] quando o preceptor aceita essa troca, mas muitas vezes ele entende de forma errada, que ele tem que ser seu chefe e autoritário [...]” (E6-R2SM). E muitas vezes se questionam: “[...] até que ponto a gente é o profissional do local que pode tomar uma iniciativa, até que ponto a gente tem que esperar e aguardar o outro profissional que é do serviço autorizar ou não a gente fazer [...]” (E2-R2SFC).

Os discursos nos remetem as relações entre os sujeitos, que estão em processo de construção das relações de ensino e aprendizagem, uma vez que envolvem inúmeros determinantes da constituição do sujeito como a subjetividade, os desejos, os interesses, as necessidades, que se constituem num processo social de negociação e luta, que interferem para que isso ocorra (CAMPOS, 2015).

Chirelli & Mishima (2004) trouxeram a vivência da realidade concreta dos estudantes de enfermagem que também convivem com os conflitos que permeiam as relações construídas no cotidiano da prática, questionando o papel do enfermeiro e refletindo sobre sua postura ética, a fundamentação para a argumentação e a sustentação de sua prática na equipe.

É notória certa idealização dos estudantes em relação aos profissionais que estão atuando na prática, no entanto, observou-se que há contradição existente ao se olhar para o mundo do trabalho das equipes onde os profissionais vêm desenvolvendo sua prática, centrada num contexto do modelo hegemônico hospitalocêntrico de produzir saúde (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

No processo de construção da crítica os estudantes também encontraram resistências por parte de docentes que, ao adotarem uma postura repressiva com relação à opinião deles, não permitindo a ação reflexiva para que a crítica pudesse ser construída, evidenciando os limites da relação professor e estudante, que aparece como autoritária e, às vezes, com pouco incentivo para o desenvolvimento da capacidade de autonomia e pensamento reflexivo sobre a realidade. No entanto, outro limite encontrado tem relação com a postura adotada pelo estudante, uma vez que surgem os mais diversos níveis de elaboração da crítica se considerar os interesses e desejos de cada um, bem como os limites potenciais de cada indivíduo para a elaboração crítica (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

Os estudantes expressaram a percepção de que percebem muitos profissionais do cenário de práticas que estão desmotivados, desmobilizados e conformados com sua condição de trabalho, e que isso pode ser em decorrência de uma forma de capacitar esses profissionais na graduação. O processo de construção das mudanças nos serviços de saúde, na visão dos estudantes, será lento e gradativo, devendo ser cumulativo, uma vez que, as pessoas que estão nos serviços de saúde desenvolvem determinadas práticas há muitos anos (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

Entretanto, apesar das dificuldades identificadas e do desejo de ser um profissional crítico que reflete sobre a realidade do cenário em que estarão inseridos, os estudantes reconhecem que sentem medo de como o mercado de trabalho exerce pressão sobre essas atitudes, receio de perderem a capacidade de reflexão na medida em que possam encontrar inúmeras resistências, medo de assumirem a mesma postura passiva que os enfermeiros que encontraram nos cenários de ensino e aprendizagem, como forma de assegurar o emprego e a sobrevivência num mundo capitalista (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

Os residentes destacam também nos cenários de aprendizagem pontos que requerem atenção para que o processo de formação possa se modificar. Os que vieram da metodologia tradicional referem que poderia ter sido mais bem esclarecido sobre os termos utilizados na metodologia ativa e as atividades que seriam desenvolvidas: “[...] a maioria vem daquela aprendizagem tradicional. Então, a gente chega não entendendo os termos, a gente não entende quais são as atividades, a gente fica muito perdido, porque desde pequenininho num método de ensino tradicional [...]” (E3-R2SM).

Mas, mencionam também que os tutores e preceptores deveriam ficar mais próximos dos residentes para auxiliar na aprendizagem e sugerem que eles deveriam ensinar mesmo, passar o conhecimento que eles têm, acreditam ainda, que, em alguns momentos, necessitariam de maior cobrança nessa metodologia por parte dos preceptores e tutores: “[...] os tutores e os preceptores, tá mais perto do residente porque há algumas coisas que a gente não consegue levantar as questões e eles que deveriam passar o conhecimento que eles têm [...] em alguns momentos a gente precisaria ser mais cobrado pelas tutoras e preceptores, porque tem hora que a gente não quer mesmo estudar, mas precisa uma cobrança a mais nessa metodologia [...]” (E11-R2SC).

Nos discursos percebe-se a presença entre o velho e o novo, ou seja, as concepções entre metodologia tradicional e metodologia ativa de ensino e aprendizagem convivendo no mesmo

contexto. Considerando que no método tradicional o professor é o principal transmissor da verdade e a principal fonte de informação aos alunos num processo pedagógico que busca respostas prontas e acabadas e por outro lado uma metodologia inovadora, onde professor e o aluno assumem papéis horizontais com determinadas atitudes que antes não poderiam ser imaginadas (CHIRELLI & MISHIMA, 2004).

Nessa perspectiva, não há melhores ou piores, pelo contrário, o processo torna-se válido à medida que possamos expor suas contradições e por meio de um movimento de inclusão poder superá-las com vistas aos processos de mudança (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

Ao iniciarmos um novo processo, utilizando uma metodologia ativa de ensino e aprendizagem e como pressuposto a formação profissional crítico-reflexiva, devemos considerar que os estudantes ao chegarem sem terem vivência e conhecido nessa metodologia na graduação, passaram por uma fase de reconhecimento e construção dessa nova prática pedagógica.

Segundo Chirelli e Mishima (2004) os professores têm um papel importante ao receberem esses estudantes, além de construir uma nova prática, novos desempenhos no processo de aprender a aprender em uma formação crítica, considerar também a desestruturação de todo um caminho percorrido pela maioria dos estudantes.

Nesta perspectiva, a partir desses passos iniciais é importante destacar que cada aluno/sujeito apresenta um determinado ritmo para essa reconstrução pedagógica que deverá ser trabalhado ao longo da vivência.

Nesse estudo também foi constatado a importância das relações interpessoais no processo de formação com o intuito de ganhar confiança no que os sujeitos deverão desenvolver; não no sentido de convencimento enganoso, ou troca de favores entre cúmplices, mas numa relação de confiabilidade no que está sendo construído, no que se faz no dia a dia, mesmo que não se tenha uma receita pronta para realizar uma prática inovadora, mesmo porque, em tal caso, não seria inovadora, mas simples cópia para a reprodução (CHIRELLI & MISHIMA, 2004).

O Projeto Político Pedagógico tem uma importante contribuição, no sentido de auxiliar na conquista e consolidar a autonomia, da instituição, criar um clima e fundamentação onde professores e equipe se sintam responsáveis por algo que lá acontece, inclusive em relação ao desenvolvimento dos estudantes (VASCONCELLOS, 2002).

Nessa perspectiva, o PPP apontaria os eixos estruturantes para que os sujeitos possam construir suas trajetórias, podendo criar e transformar o cotidiano nos serviços de saúde.

Segundo a Resolução CNRMS Nº 2 de 2012, que dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de residência esclarece no Art. 5º, que as instituições que oferecerem Programas de Residência Multiprofissional e em área Profissional da Saúde, serão responsáveis pela organização do PPP dos respectivos programas em consonância com a legislação vigente, sendo orientado pelo desenvolvimento de prática profissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões (BRASIL, 2012).

No entanto, será que estar apenas descrito no PPP garante necessariamente o processo? Identificou-se que uma das possibilidades que podem estar determinando esse processo de formação dos residentes parece ser também a capacitação dos professores. Além de ser indispensável o domínio dos conteúdos específicos do núcleo de conhecimentos da profissão, o domínio do referencial pedagógico também se torna necessário na construção do conhecimento nos momentos do processo de discussão dos conteúdos gerais e específicos, caso contrário, ficará difícil mediar o processo de ensino e aprendizagem.

Para atuar numa nova perspectiva educacional os professores, devem ter algumas competências profissionais, como: organizar e animar as situações de aprendizagem; gerir o progresso das aprendizagens; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; envolver os estudantes nas suas aprendizagens e no seu trabalho; trabalhar em equipe; participar da gestão da instituição; servir-se de novas tecnologias; enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão e gerir sua própria formação contínua (PERRENOUD, 2015).

Essas competências funcionam a favor da educação do profissional numa prática reflexiva a ser desenvolvida pelos estudantes, em que o professor tem um papel de instigá-los a construir suas próprias iniciativas, a refletir sobre sua própria relação com o saber, com as pessoas, o poder, as instituições, as tecnologias, a cooperação, tanto quanto sobre o modo de superar as limitações ou tornar seus gestos técnicos mais eficazes (PERRENOUD, 2015).

Nessa perspectiva, propõe-se um trabalho criativo do professor que estará preocupado não só com o que, mas essencialmente com o porquê e como o estudante aprende (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2010).



Na Metodologia da Problematização, assim como nas diversas metodologias que têm sua fundamentação numa pedagogia crítica, o professor tem um papel de mediador da aprendizagem a ser construída pelo estudante, visto que numa aprendizagem interacionista o professor faz a mediação entre o objeto e o estudante para a construção do conhecimento, na perspectiva da autonomia no processo de aprender a aprender (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

Como mediador ele deve instigar o aluno a refletir sobre a realidade em que está vivendo sua formação profissional, tendo como finalidade à elaboração dos desempenhos para a construção da autonomia no processo de busca das informações e transformação delas em conhecimento, além da formulação do pensamento crítico no campo da saúde num determinado contexto (CHIRELLI & MISHIMA, 2003).

### 5.1.3 Processo de avaliação em metodologias ativas das RMS

Com relação às potências para a implementação do processo de avaliação dialógica, alguns residentes identificam as avaliações formativas e somativas ao longo da residência. Parece que alguns não consideram como referência de avaliação a proposta sistematizada do processo de avaliação somativa, realizada por meio de um instrumento institucionalizado: “[...] na verdade, o que compensa mais é uma conversa durante o dia a dia do que o próprio papel de avaliador no dia da avaliação” (E6-R2SM). Possivelmente, esse depoimento evidencia que o processo de avaliação ainda está em construção com os residentes.

No entanto, em relação aos preceptores, alguns avaliam constantemente os residentes no cenário, enquanto outros os avaliam somente ao término do período, pois há acúmulo de atividades no dia a dia, principalmente no cenário assistencial, tendo perdas das opiniões e sugestões pertinentes durante o período, deixando as avaliações somente ao final da vivência no cenário: “[...] o preceptor ele tá a todo momento te avaliando, te falando ‘oh tal coisa que você fez não é legal, não é pra fazer de tal maneira’, tem preceptor que não conversa com você. Então, você fica aquele tempo fazendo por conta do serviço, aí no final ele senta e te avalia. Então, quanto mais proximidade ele tem com você e vai te avaliando no decorrer do processo, é mais rico, você vai modificando e vai se adaptando ao serviço [...]” (E3-R2SM).

Acreditam que, nem sempre os processos são realizados e com critérios bem estabelecidos, que nesse caso seriam os desempenhos, ou seja, realizar um processo de

avaliação critério-referenciada nem sempre está claro para os sujeitos envolvidos, bem como sua execução no cotidiano: “[...] eu acho que com a correria do dia a dia às vezes não consegue pontuar tantas as coisas, ter um bom retorno e visualizar, tanto a prática, ter uma troca tão legal assim nessas avaliações [...]” (E8-R2SC).

No entanto, outros residentes apontam ter momentos que há avaliação com o envolvimento do tutor com o preceptor na tutoria de campo, ao término de cada cenário, quando esses fazem a avaliação de desempenho junto ao residente.

Mencionam também, que o tutor de campo faz uma avaliação contínua na unidade para acompanhar o desenvolvimento do residente: “[...] essas avaliações eu vejo que elas são contínuas. Então, é uma avaliação conjunta [...] é diferente, não tem aquela coisa do método tradicional, por exemplo, quando eu fazia faculdade, tem aquele determinado tempo que você vai lá, faz a prova e é avaliado, passa ou não [...] eu vejo que a avaliação aqui, ela é constante e assim, a gente consegue ir melhorando, eu acho super válido, muito bom” (E5-R2SM).

O currículo do programa de residência busca adotar a concepção dialógica, desenvolver as áreas de competência e favorecer o processo ensino e aprendizagem na avaliação, com finalidade de transformar a prática profissional envolvendo aspectos formativos e somativos (FESP, 2019).

A atividade avaliativa constitui, então, uma prática social e intersubjetiva, enquanto processo de comunicação é complexa e articula múltiplas dimensões, como os conteúdos da construção do conhecimento, estratégias de aprendizagem, autoavaliação, assim como perspectivas interacionistas que buscam superar os enfoques tradicionais (SOBRINHO, 2008).

Nessa perspectiva, a avaliação formativa deve também ser educativa, isto é, inserir-se dinamicamente nos processos ainda em andamento, com o intuito de transformação qualitativa dos atores, das instituições, do sistema educativo e da própria sociedade, através dos distintos meios de ensino, investigação, gestão, vinculação com o mundo econômico e social. Isso se faz não tendo como intenção de ser juízes dotados de autoridade da determinação de julgamentos unilaterais, mas como participantes ativos dos processos formativos, os atores sociais da avaliação também se tornam mais responsáveis e comprometidos (SOBRINHO, 2008).

A avaliação somativa é realizada ao final do processo, quando as ações pedagógicas já terminaram, nesse caso conjuntamente aos resultados entram em foco de consideração, também,

as questões referentes ao trabalho docente, aos conteúdos e práticas de ensino e de investigação, enfim, diversas dimensões que de alguma forma interagem com os processos de construção e aquisição dos conhecimentos e dos valores (SOBRINHO, 2008).

Além dos instrumentos utilizados na avaliação do desempenho do estudante, há formatos nos quais se expressa a síntese do seu desenvolvimento e se aplicam os conceitos Satisfatório e Insatisfatório (FESP, 2019).

Novamente, percebemos um movimento de transição entre as novas práticas, com mudança nas ações e desejos dos residentes com avaliação critério-referenciada e constituição de sujeitos em alguns momentos. Mas também persistem as necessidades de apoio aos residentes para que possam aprender a construir o seu conhecimento de forma reflexiva. Parece que perdura também o problema do apoio aos preceptores e tutores nesse processo, tendo como hipótese a falta de compreensão do referencial pedagógico para sustentar essa nova prática, necessitando, nessa situação, de capacitação dos mesmos para a condução da prática crítico-reflexiva, bem como, em alguns momentos, construir ou esclarecer o desempenho quando não se faz claro como critério de avaliação para os sujeitos do processo.

Entende-se por currículo integrado aquele que se propõe a articular o ensino com a prática profissional e considera também a educação a partir do mundo do trabalho, buscando realizar reflexões sobre a prática profissional com o objetivo de articular a formação ao trabalho, construindo significados ao fazer do profissional de saúde para enfrentar situações familiarizadas ou não (BRACCIALLI et al., 2008; COSTA, et al., 2011).

Nas preceptorias, tutorias e unidades educacionais acontecem as avaliações informais, ou seja, verbalmente são repassados os feedbacks, potencialidades, fragilidades, um retorno de como foi o período de vivência, o que eles contribuíram para o cenário e o que o cenário trouxe de contribuições. Por se configurar em uma avaliação verbal, alguns residentes evidenciam: “[...] acho que quando a gente externaliza o que a gente pensou, por mais tímido que nós sejamos ou alguma dificuldade que a gente tenha, a gente acaba conseguindo falar algumas coisas, que passariam se a gente acabasse a atividade e não fizesse a avaliação” (E12-R2SC).

Porém, outros residentes destacam que o processo de avaliação apresenta conflitos entre os sujeitos, estando presentes relações de poder como as que permeiam o método tradicional, no qual um dos participantes detém mais poder do que outros, gerando desconforto e desconfiança: “[...] as avaliações que tem ao término das unidades muitas vezes não são tão suficientes, porque não são tão sinceras, porque dependendo de quem tá fazendo o processo

muitas vezes você não consegue expor tanto a sua opinião, porque às vezes o ciclo não foi tão legal e você não vai conseguir expor essa sua opinião que poderia ter sido diferente [...]” (E11-R2SC).

Identificamos que a avaliação formal por escrito acontece ao término do semestre e do primeiro ano, essa avaliação trouxe a vivência profissional dos residentes durante o ano e após o tutor e o preceptor de campo fazem uma devolutiva sobre como foi o desempenho “[...] a avaliação que tem quando a gente termina o primeiro ano para a gente passar para o segundo, a gente tem uma avaliação escrita e eu achei que essa avaliação foi interessante porque trouxe realmente a vivência profissional que a gente teve durante aquele um ano e depois teve uma devolutiva [...]” (E12-R2SC).

No entanto, destacamos nas mudanças do processo de avaliação nas metodologias ativas, que os residentes sugerem que seja reformulado o instrumento de avaliação, alegando ser um instrumento único para avaliar todos os programas da residência e que algumas questões gerais não abrangem a realidade vivenciada pelo residente, destacando que: “[...] acredito que ainda falta alguma coisa, talvez seria o modo de avaliar que é geral (E2-R2SFC).

Percebe-se que há uma dificuldade de se compreender a formação no currículo com metodologias ativas e na orientação por competência dialógica, como esse movimento se operacionaliza no cotidiano dos serviços de saúde, bem como quais os desempenhos necessários para cada carreira profissional a ser desenvolvida.

A concepção de competência dialógica trabalha com o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotores e afetivos que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com satisfação as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar diversas situações profissionais (LIMA, 2005).

A abordagem dialógica de competência é desenvolvida em torno de eixos que articulam e integram: teoria e prática; capacidades e ações; contextos e critérios de excelência. Pressupõe uma forte mudança no papel dos serviços e dos profissionais de saúde na formação profissional. Consequentemente há também uma mudança no papel da instituição e dos docentes na relação com estudantes e com os parceiros. Essas mudanças estão embasadas no reconhecimento dos diferentes saberes e perspectivas dos atores envolvidos na formação e no princípio de que “não há subordinação e sim complementariedade” na integração teoria e prática (LIMA, 2005).

Essa abordagem, considerada holística, precisa ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas.

Os residentes destacam que muitas vezes não está claro o critério a ser avaliado, ou seja, o desempenho. No referencial que estamos operando, competência não consiste em algo que se possa observar diretamente, portanto, é na análise de desempenho que faremos o processo de avaliação. Consideramos como desempenho a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações (LIMA, 2005; PERRENOUD, 2015; HAGER et al., 1994).

Como os desempenhos não estão claros para os residentes e parece que também para os preceptores, isso tem gerado algumas vezes alguns conflitos no processo avaliativo.

Atualmente as políticas de saúde e de educação têm estimulado iniciativas e oferecido oportunidades consideradas como fatores positivos para o enfrentamento aos elementos inovadores para a formação de um profissional preparado para atuar no SUS. Neste sentido, a construção de competência na abordagem dialógica e sua tradução curricular apresentam-se como uma alternativa potente e estratégica para a formação de profissionais de saúde orientada às necessidades sociais, porém ainda um desafio a ser conquistado

Há um consenso entre os observadores da reforma sanitária brasileira de que a formação de recursos humanos para o SUS é um dos graves problemas, visto o despreparo dos profissionais egressos para atuarem na complexidade inerente do sistema de saúde, compreenderem sua gestão e a ação do controle da sociedade sobre o setor é uma constatação frequente (CECCIM, BILIBIO, 2002) - e esse é um dos nós que precisam ser considerados na formação.

Segundo Feuerwerker (2003), “devido à velocidade da produção de conhecimentos novos, é impossível cobrir tudo e atualizar tudo em tempo real. Pela necessidade de continuar aprendendo por toda a vida [...] o estudante precisa aprender o essencial e, mais que tudo, aprender a aprender criticamente [...]”

Nesse contexto, evidencia-se a importante preocupação das diretrizes curriculares quanto ao compromisso das instituições formadoras com o perfil do egresso na área da saúde, deixando claro que a aquisição de habilidades não é suficiente para a atuação profissional, mas que, prioritariamente, é necessário ser criativo e adquirir competências no campo da tomada de

decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e administração (ROSSONI & LAMPERT, 2004).

Por meio das falas dos residentes e considerando um currículo orientado por competência, podemos indagar como possibilidade que os tutores e preceptores, não estejam conseguindo em diversos momentos de operacionalizar esse currículo, ou seja, pode ser que os docentes que acompanham os residentes não possuam domínio de trabalhar nessa abordagem pedagógica.

Consideramos que a vivência de alunos e professores nos diferentes níveis de atenção do SUS deve estar articulada em todas as etapas de formação, bem como a proposta político-pedagógica do curso deve romper com a lógica das disciplinas isoladas e investir na capacitação pedagógica dos docentes e no cuidado como características fundamentais do trabalho em saúde (ROSSONI & LAMPERT, 2004).

Os residentes referem que tem dificuldade na interpretação dos conceitos previstos nas avaliações ao destacarem que: “[...] nós temos uma avaliação em que a gente avalia o nosso próprio desempenho e eu não sei se é suficiente. Acho estranho porque, se eu der insatisfatório pra mim, ela vai falar ‘Que bom. Ela reconheceu que ela tá insatisfatório, ela mesmo deu insatisfatório pra ela’, mas também nada é feito [...]” (E7-R2SC) e “[...] se você considerou satisfatório ou precisa melhorar, não sei se é satisfatório ou não a gente acha que, às vezes, fica muito vago, não tem muita objetividade [...]” (E10-R2SM). E, assinalam que o que pensa estar satisfatório, pode não ser satisfatório: “[...] muitas vezes têm alguns elementos da avaliação, que o preceptor não acha importante avaliar. Então, ele acaba dando S [Satisfatório] em tudo, se ele for com a sua cara [...]” (E4-R2SM).

Por essa perspectiva, observa-se, nos discursos dos residentes, que não há clareza do processo, tanto por parte dos residentes que trazem consigo os critérios objetivos da metodologia tradicional, como por parte dos professores, que além de se depararem com a forte internalização da avaliação tradicional, representadas pelas dualidades: objetividade – subjetividade e quantidade – qualidade, no momento da atividade avaliativa, expressam os resultados considerando componentes da subjetividade.

Os residentes acrescentam que há necessidade de maior clareza nos critérios para o processo avaliativo. Em termos de aprendizagem, basicamente existem dois tipos de critérios de referência: os absolutos e os relativos (DEPRESBITERIS, 1998)

Nos critérios absolutos, utilizamos medidas referenciadas a critério, é mais apropriada a sistemas de seleção e classificação de alunos, cuja finalidade é escolher os mais aptos. Permite, também, obter informações para o professor, como comparar classes, verificar diferenças entre médias, desvios padrão e outras medidas estatísticas. Esse tipo de medida refere-se a testes padronizados, uma vez que as normas são selecionadas a partir de grupos reunidos em função da idade, série escolar e outros fatores (DEPRESBITERIS, 1998).

Para os critérios relativos utilizamos medidas referenciadas à norma, é mais apropriada para a avaliação em sala de aula, uma vez que busca verificar o alcance de objetivos pelos alunos, orientando-os sobre possíveis ações de melhoria com relação aos desempenhos falhos e estimulando-os em caso de sucesso.

A primeira objetiva-se identificar o desempenho de um estudante com relação ao de outros estudantes e a segunda, identifica o desempenho de um estudante com relação a certos critérios ou desempenhos padrão. Segundo Depresbiteris (1998) os professores deveriam ser capacitados para a utilização de ambos os critérios, desde que atentassem para sua adequação às diferentes situações.

Os aspectos a serem considerados em relação à avaliação da aprendizagem são: especificação de forma clara do que será avaliado, com que estratégias e com quais critérios; adequação de técnicas e instrumentos apropriados; possibilidade de propiciar autoavaliação por parte do estudante e incentivo constante à reflexão e melhoria (DEPRESBITERIS, 1998).

Há necessidade de compreensão pelos professores que, no processo de avaliação, a subjetividade estará sempre presente. E, somente a partir da relação dialógica entre os professores e estudantes que dela participam e a utilização de uma linguagem compreensiva e acolhedora, a obtenção de consenso poderá ocorrer e favorecer a formação de profissionais críticos e reflexivos (LALUNA & FERRAZ, 2009).

Dessa maneira, os estudantes conscientizar-se-ão de que a relação é democrática, partilhada e compromissada com a aprendizagem. Contrariamente, a dificuldade do manejo da subjetividade e a pouca clareza do padrão se reproduzem e interferem na relação pedagógica entre estudante e professor.

Entretanto, referem que as avaliações dependem de aspectos como o cenário, profissional que vai te avaliar, sua formação, a valorização da técnica e a relação interpessoal, o residente avalia também o próprio desempenho: “[...] é muito variado, depende muito de uma

série de questões, como é esse profissional que vai te avaliar, quem é ele, é, qual é a formação dele, uns vão puxar mais pro lado técnico, outros puxam mais pro lado de relação interpessoal, outros puxam mais pro lado sistematizado ou menos sistematizado, varia totalmente como se realizam as avaliações [...]” (E7-R2SC).

Sugerem que as pessoas sejam capacitadas, orientadas e esclarecidas para aplicar essas avaliações. Acreditam que, por essa falta, deixam passar e não a realizam de forma adequada: “[...] o grande problema também as pessoas não serem capacitadas para fazer essa avaliação, não serem esclarecidas de como isso tem que ser feito [...]” (E2-R2SFC).

Por meio das reflexões expostas nas falas dos residentes, o conhecimento ali construído por meio de uma vivência em cenários de aprendizagem pode se difundir por intermédio dos sujeitos que ali passaram como estudantes. Dessa maneira, ainda que sejam espaços privilegiados para transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados nos valores do SUS, neles também se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas na rede de cuidados que vai sendo configurada (HENRIQUES, 2010).

No currículo em questão, as áreas de competência trazem dificuldades à prática profissional, que se encontra ainda em processo de construção. Se tal processo pouco favorecer a inclusão dos residentes inseridos no cenário de prática para a permanente reflexão sobre prática profissional e avaliativa, certamente se está pondo em risco a proposta de mudança desejada. Faz-se necessário, portanto, a utilização de estratégias políticas de gestores e professores, que favoreçam o estreitamento da parceria entre academia e serviço.

Há indícios de que a avaliação dialógica está sendo construída em processo, assim como o próprio método de ensino e aprendizagem em metodologias ativas, na medida em que os sujeitos se apropriam dos referenciais, compreendem sua nova lógica de funcionamento bem como, aderem ou não a eles.

Identificam-se alguns determinantes que podem interferir nisso como a organização cotidiana do processo de trabalho, que não permite momentos de reflexão sobre a prática profissional; a adesão dos sujeitos com relação aos referenciais dos Projetos Pedagógicos propostos, além da falta de compreensão e domínio dos instrumentos a serem utilizados, decorrentes da falta de definição clara e específica dos critérios referenciados (desempenhos) a serem utilizados no processo de avaliação em cada residência, bem como da necessidade de formação para atuar nos novos referenciais.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos mostrou que na percepção dos residentes dos programas de RMS da FESP/CEULP se reconhece que os docentes preceptores e tutores possuem experiência na aplicação das metodologias ativas, isso lhes permite mediar o processo ensino e aprendizagem junto aos residentes. Porém, identificou-se, que existem dificuldades em vários aspectos para trabalhar com o currículo orientado por competência dialógica.

Percebeu-se que o cotidiano do método no programa passa por um processo de transição, que necessita de delimitação e construção dos parâmetros do currículo orientado por competência, no caso, dos desempenhos, conforme destacado nas sugestões dos residentes para as carreiras e áreas que ainda não figuram no programa.

Verificou-se também, que os residentes têm uma formação diversificada ao ingressarem nos programas de residência multiprofissional em saúde, o que interfere nesse processo de ensino e aprendizagem, necessitando de apoio dos professores neste processo. O que respondeu de certa forma ao objetivo de identificar os conhecimentos dos residentes a respeito das metodologias ativas reconhecendo que por meio desse processo, é criado um mecanismo que permite aos alunos mobilizar os conhecimentos anteriormente acumulados em outras áreas de ensino, no arcabouço da saúde, ou não.

Uma estratégia de superação para a situação pedagógica identificada poderia ser o estabelecimento de processo de capacitação por meio de oficinas de trabalho para os residentes e de educação permanente em saúde para os preceptores e tutores para discussão dos eixos pedagógicos, bem como de espaços de reflexão da prática profissional. Em tal contexto, pode-se identificar o quanto os sujeitos que participam do processo se distanciam e se aproximam desta proposta e refletir sobre qual o grau de compreensão e de adesão à proposta, assim como sobre a necessidade de construir e reconstruir as pactuações.

Ou ainda, que este, como previsto ainda em fase de projeto o estudo, possam relacionar os conhecimentos individuais sobre as metodologias ativas e suas percepções em relação ao uso destas nas RMS com o saber pedagógico, pois se reconhece que, este só pode se constituir a partir do próprio sujeito, que deverá ser formado como alguém capaz de construção e de mobilização de saberes.

Destaca-se que a proposta pedagógica inovadora dos programas de RMS da FESP/CEULP tem sido o ponto de partida para a formação de novos profissionais de saúde e abre novas possibilidades de mudanças dessa prática profissional.

A pesquisa também revela que, ao se enfrentar o cotidiano dos serviços de saúde, ainda existe uma distância entre o que é preconizado e o que é realizado, para inclusive identificar as potencialidades e fragilidades encontradas pelos residentes com uso das metodologias ativas nas RMS, tendo como referência que a residência multiprofissional se configura como um dispositivo estruturante de formação e de desenvolvimento profissional para construção do projeto de integralidade da Atenção à Saúde.

Frente a esse limite, há de se rever tanto a construção dos desempenhos, por categoria profissional e por área, quanto às bases de sustentação do método.

Por meio das entrevistas dos residentes é possível observar avanços, mas também a necessidade de rever a prática na implementação das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, com maior participação coletiva, democrática e dialógica, estabelecendo corresponsabilidades e novas perspectivas de parcerias.

Ressalta-se que é preciso resgatar uma articulação estreita entre ensino e serviço, envolvendo todos os sujeitos interligados no processo para a implementação de mudanças consistentes no perfil de um profissional autônomo, crítico-reflexivo, capaz de construir uma aprendizagem significativa e reconstruir sua prática, alinhada à atual política nacional em saúde.

Esta realidade reitera a importância de se continuar investigando os sujeitos envolvidos no outro lado do processo, ou seja, na perspectiva dos docentes: tutores e preceptores. Assim, será possível traçar estratégias e caminhos mais consistentes, que possam embasar a implementação das metodologias de ensino e aprendizagem de maneira mais clara e efetiva.

## REFERÊNCIAS

BASSALOBRE, Janete. **Ética, Responsabilidade Social e Formação de Educadores.** Educação em Revista. Belo Horizonte, v. 29 , n. 01 , p. 311 - 317 , mar. 2013.

BASSO KF. **Residência integrada multiprofissional em saúde do hospital de clínicas de Porto Alegre: iniciando a jornada Porto Alegre (RS):** Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. p.41

BAUMAN, Zygmunt. **Os desafios da educação: aprender a caminhar sobre areias movediças.** Cadernos de Pesquisa, v. 39, n. 137, maio/ago. 2009

BERBEL N. A. N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface Comun Saúde Educ.1998;2(2):139-54.

BEVILAQUA, A. P. JOHN DEWEY E A. **Escola Nova no Brasil. Ciência & Luta de Classes Digital, Ano I, Vol.1 N°1, 2014.** Disponível em: <<https://ceppes.org.br/revista/edicoes-antiores/edicao-agosto-de-2014-n-1-v-1/bevilaqua-john-dewey-e-a-escola-nova-no-brasil/view>>

BRACCIALLI LAD, Raphael HS, Chirelli M Q, Oliveira MAC. **Avaliação do estudante: no exercício de avaliação da prática profissional.** Avaliação, Campinas. 2008;13(1):101-18.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação Resolução CNE/CES no 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.** Diário Oficial da União, Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial no 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES no 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Diário Oficial da União, Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES no 5, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição.** Diário Oficial da União, Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Resolução n.3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 2.117, de 3 de novembro de 2005. **Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União (DF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde.** In: I Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde; 1 e 2 dez 2005; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço. Brasília (DF); 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educarsus: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde:** período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Brasília (DF); 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília (DF); 2006.

CAMPOS GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo (SP): HUCITEC; 2005.

CECCIM R B, FERLA AA. **Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC; 2003. p. 211-26.

CECCIM R B, FEUERWERKER LCM. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Phypis (Rio J.). 2004;14(1):41-65.

CECCIM R B. **Equipe de saúde: as perspectivas entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 259-78.

CECCIM R. BILIBIO L.F.S. **Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS.** In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS): Dacasa; 2002. p. 163-74.

CECCIM, Ricardo Burg, FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.** Trab. educ. saúde vol.6 no.3 Rio de Janeiro 2008.

CHIRELLI MQ, MISHIMA SM. **A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA.** Rev Latinoam Enferm. 2003;11(5):574-84.

CHIRELLI MQ, Mishima SM. **O processo ensino-aprendizagem crítico-reflexivo.** Rev Bras Enferm. 2004;57(3):326-31.

CHIRELLI MQ, Pio DAM, Soares MOM. **Competência dialógica: avaliação do desempenho no currículo integrado.** *Indagatio Didactica*, 2016

COLARES, Karla Taísa Pereira. OLIVEIRA Wellington de. **Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão.** Revista Sustinere, 2018-e-publicacoes.uerj.b

COSTA MCG, MAZZONI CJ, BRACCIALLI LAD, MORAES MA. **Exercício de avaliação da prática profissional como estratégia de ensino e aprendizagem.** Avaliação, Campinas. 2011;16(3):675-84.

CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** Cad Saúde Pública. 2004;20(3):780-8.

DALLEGRAVE D, CECCIM RB. **Residências em saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?.** Interface Comum Saúde Educ. 2013;17(47):759-76

DALLEGRAVE D, SILVA QTA. **Residência Integrada em Saúde: (trans)formação (inter)disciplinar.** Monografia (Curso de Residência Integrada em Saúde). Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS); 2006.

DALLEGRAVE D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde.** [dissertação.]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

DEPRESBITERIS L. **Avaliação da aprendizagem do ponto de vista técnico-científico e filosófico-político.** São Paulo (SP): FDE; 1998. p. 161-72.

DEPRESBITERIS L. **Desenvolvimento psicológico e educação.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. p. 68-78.

FERREIRA RC, VARGAS CRR, Silva RF. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.** Ciência Saúde Coletiva 2009;14(supl.1):1421-8.

FERREIRA SR, OLSCHOWSKY A. **Residência: uma modalidade de ensino** In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre (RS): Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 23-34.

FERREIRA, S.R. **Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço.** Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio. Grande do Sul; 2007.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FEUERWERKER L. **Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.** Rev ABENO. 2003;3(1):24-7.

FIORI, Ernani M. **Conscientização e educação**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FREIRE P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2014.

GADOTTI M. **Perspectivas atuais da educação**. São Paulo Perspectivas [serial on the internet]. 2000.

GIROX H. **Praticando estudos culturais nas faculdades de educação**. In: **Silva T, organizador**. Alienígenas na sala de aula: uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995. p. 93-124.

GOMES AP, Rego S. **Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?**. Rev Bras Educ Med. 2011;35(4):557-66.

GOMES R, FRANCISCO AM, TONHOM SFR, COSTA MCG, HAMAMOTO CG, PINHEIRO OL, FRANCISCO AM, COSTA MCG, MOREIRA HM, HAFNER, MLMB. **A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa**. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(28):71-83.

HADDAD JQ, ROSCHKE MA, DAVINI MC. *Educación permanente de personal de salud*. Washington (DC): OPS/OMS; 1994.

HAGER P, GONCZI A, *Athlanasou J*. *General issues about assessment of competence*. Asses Eval High Educ. 1994;19(1):3-16.

HALLOWELL B. *Innovative teaching methods to enhance training in managed care issues*. J Allied Health. 1997 Winter;26(1):31-4.

HENRIQUES RLM. **Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2010. p. 149-61

IMBERT, F. **Para uma práxis pedagógica**. Brasília: Plano, 2003

LALUNA MCMC, FERRAZ CAF. **Os sentidos da prática avaliativa na formação de enfermeiros**. Rev Latinoam Enferm 2009;17(1):21-7.

LIMA VV. **Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde**. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):369-79.

MACIEL, Cilene Maria Lima Antunes. RONDON, Gislei Amorim de Souza. FERNANDES, Cleonice Terezinha. **A Implantação da Aprendizagem Baseada em Problemas – PBL, no Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Mato Grosso Sob a Perspectiva dos Estudantes**. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2018v19n2p195-201>, 2018.

MADRUGA A. **Aprendizagem pela descoberta frente a aprendizagem pela recepção: a teoria da aprendizagem verbal significativa.** In: Coll C, Palácios J, Marchesi A, organizadores.

MARIN MJS, GOMES R, MARVULO MML, PRIMO EM, BARBOSA PMK, DRUZIAN S. **Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas.** Interface Comun Saúde Educ. 2010;14(33):331-44.

MARIN MJS, GOMES R, MARVULO MML, PRIMO EM, BARBOSA PMK, DRUZIAN S. **Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas.** Interface Comun Saúde Educ. 2010;14(33):331-44.

MARTINS AR. **Residência multiprofissional em saúde: um programa em “cena”.** Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 33 p.

MITRE SM, SIQUEIRA-BATISTA R, GIRARDI-DE-MENDONÇA JM, MORAIS-PINTO NM, MEIRELLES CAB, PINTO-PORTO C, MOREIRA T, HOFFMANN LMA. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Cienc Saúde Coletiva. 2008.

MOGLIKA M. **Educar para a Democracia.** Cad Pesqui. 2003;119:129-46.

N. A. N. **Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, v. 16, n. 3, p. 9-19, 1995. Acesso em: 14 fev. 2018

N.A.N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações.** Londrina: EDUEL, 2014

NASCIMENTO DDG, OLIVEIRA MAC. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família.** Saúde Soc. 2010;19(4):814-27.

OLIVEIRA EM, SPIRI WC. **Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional.** Rev Saúde Pública 2006;40(4):727-33.

OLIVEIRA F.R. **Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional.** 2007. Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP); 2007.

OLIVEIRA, C.F. **A Residência Multiprofissional em Saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

P. **Formar professores em contextos sociais em mudança: prática reflexiva e participação crítica.** Rev Bras Educ. 1999;(12):5-21.

PASINI VL. **Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS.** Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.

PERRENOUD P. **Dez novas competências para ensinar: convite à viagem.** Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.

QUEIROZ, C. T. A, P. e MOITA, F. M. G. S. C. **Fundamentos sócio-filosóficos da educação: As tendências pedagógicas e seus pressupostos.** Curso de Licenciatura em Geografia – EaD. Campina Grande; Natal: UEPB/UFRN, fasc. 15, 2007. Disponível em

SALVADOR ARS. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: um olhar sobre a multiprofissional na Atenção Básica.** João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2010.

SANTOS FA. **Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

SANTOS IG. **Residência Multiprofissional e a formação do nutricionista para o Programa Saúde da Família.** São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2009.

SCHAEDLER LI. **Por um plano estético da avaliação nas residências multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas.** 2010. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS); 2010.

SCHAURICH D, CABRAL FB, ALMEIDA MA. **Metodologia da problematização no ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS.** Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(2):318-24.

SCHÖN, Donald A. **Formar professores como profissionais reflexivos.** In: NÓVOA, António (Coord). Os professores e a sua formação. 2. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1995.

Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS no 2, de 13 abril de 2012. **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília (DF).

SILVEIRA LHA. **Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde referente ao “Contrato Didático”.** Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. p. 145

SIMONI, ACR. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental.** Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

SOBRINHO JD. **Avaliação Educativa: produção de sentidos com valor de formação.** Avaliação, Campinas. 2008;13(1):193-207.

VASCONCELLOS CS. **Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político pedagógico ao cotidiano da sala de aula.** São Paulo (SP): Libertad; 2002.

WANDERLEY LCS. **O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso.** 2010. Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP); 2010.



## APÊNDICES

### APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS RESIDENTES DAS RMS DO PIRS/FESP/CEULP

Número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### I – Dados de Identificação

Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Programa/Área da Residência: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição de Graduação: \_\_\_\_\_

Instituição Formadora: ( ) Pública ( ) Privada

Ano de Conclusão da Graduação: \_\_\_\_\_

Método de ensino-aprendizagem na Graduação:

( ) Método tradicional

( ) Métodos ativos de ensino-aprendizagem

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Cursou pós-graduação? ( ) Não ( ) Sim, Qual? \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da Pós-graduação: \_\_\_\_\_

#### II – Roteiro para entrevista com residentes

1 – O que você entende por metodologias ativas de ensino-aprendizagem e quais seriam suas principais características?

2 – Como você identifica a utilização de metodologias ativas nos espaços de ensino-aprendizagem das preceptorias e tutorias?

- 3 – Relate sobre o papel do preceptor e tutor nas RMS do PIRS.
- 4 – De que maneira está sendo a sua vivência na formação com uso de metodologias ativas nos diversos cenários das RMS do PIRS?
- 5 – Como você percebe o papel do residente no processo de ensino-aprendizagem das RMS do PIRS?
- 6 – De que forma se realizam as avaliações nos espaços de ensino-aprendizagem das preceptorias e tutorias das RMS do PIRS?
- 7 – Quais as potencialidades e fragilidades que você identifica no processo de ensino-aprendizagem das RMS do PIRS?

## APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, de modo voluntário, da pesquisa: “A Formação com Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem em Residências Multiprofissionais em Saúde na Perspectiva dos Residentes”. Esta pesquisa será realizada pelo pesquisador responsável Marcos Fabiano Monteiro da Costa, pós-graduando do Curso de Mestrado Acadêmico em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Palmas. Abaixo serão esclarecidos detalhes sobre a pesquisa e se tiver interesse em participar deverá assinar os campos em que se pede seu nome, em duas vias iguais, que serão ambas assinadas por você e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós. Caso você não queira participar, não sofrerá nenhum tipo de penalidade por isso. Se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderá procurar o pesquisador responsável Marcos Fabiano Monteiro da Costa, pelos telefones: (63) 3212-7164 / (63) 98444-7881 e também o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CEP/FESP), pelo telefone: (63) 3212-7166. A pesquisa segue a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de participante da mesma, que fui devidamente esclarecido(a) sobre o Projeto de Pesquisa intitulado: “A Formação com Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem em Residências Multiprofissionais em Saúde na Perspectiva dos Residentes”, desenvolvido pelo pesquisador responsável Marcos Fabiano Monteiro da Costa. Por isso, concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do Pesquisador

Responsável

Marcos Fabiano Monteiro da Costa

<b>Identificação do(a) Participante da Pesquisa</b>	
Nome:	Data de Nascimento:
Nacionalidade:	Sexo:

Documento de Identidade:	
<b>Identificação do Pesquisador Responsável</b>	
Nome: Marcos Fabiano Monteiro da Costa	
Documento de Identidade: RG: 017373 SSP TO	Profissão: Psicólogo CRP 23-622
Endereço: 103 Sul, Rua SO 3, Lote 35	Bairro: Plano Diretor Sul
CEP: 77015-016	Cidade/UF: Palmas/TO
Telefone Fixo: (63) 3212-7164	Telefone Celular: (63) 98444-7881
E-mail:	

Eu, participante da pesquisa, após receber as informações sobre a pesquisa, concordo em participar de livre e espontânea vontade como voluntário(a) e estou ciente:

I. Dos objetivos da pesquisa: O objetivo geral é analisar a formação com metodologias ativas de ensino-aprendizagem nas Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas pelo PIRS/FESP/CEULP, de modo a compreender a percepção dos residentes. Os objetivos específicos são: identificar os conhecimentos prévios dos residentes a respeito das metodologias ativas; relacionar os conhecimentos prévios dos residentes sobre as metodologias ativas com suas percepções em relação ao uso das metodologias ativas nas RMS e identificar as potencialidades e fragilidades encontradas no processo de ensino-aprendizagem dos residentes das RMS com metodologias ativas.

II. Do objetivo da sua participação: contribuir por meio de entrevista sobre suas percepções da formação com metodologias ativas de ensino-aprendizagem nas Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas pelo PIRS/FESP/CEULP.

---

Assinatura do (a) Participante

---

Assinatura do Pesquisador  
Responsável

Marcos Fabiano Monteiro da Costa

III. Dos procedimentos para coleta de dados: serão convidados os residentes do segundo ano (R2) das RMS do PIRS/FESP/CEULP. O convite será feito pelo acadêmico pesquisador, de forma individual e/ou coletiva, preferencialmente nos dias de atividades teóricas que estes participam na FESP, e/ou conforme a disponibilidade de tempo de cada participante. Os dados serão coletados através de entrevista que será gravada em áudio (APÊNDICE A). Após o convite feito e o aceite do participante, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), após autorização da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP) da FESP e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – CEP/FESP. Conforme os princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

IV. Da utilização das informações coletadas: os áudios com dados coletados durante as entrevistas serão eliminados após a transcrição dos dados pelo pesquisador.

V. Dos riscos: Se porventura os participantes se sentirem incomodados em emitir alguma opinião durante a pesquisa, manifestando algum estresse ou desconforto em virtude das indagações, eles terão total liberdade para desistir de participar em qualquer tempo, sem que lhe pese qualquer tipo de prejuízo. Ou ainda poderão recorrer ao pesquisador responsável, que lhes prestará orientações e acolhimento. É de inteira responsabilidade do pesquisador responsável garantir o sigilo, anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos, para isso os dados serão codificados de modo a preservar a garantia do sigilo de dados confidenciais. A pesquisa não pretende provocar constrangimentos ou prejuízos aos participantes.

VI. Dos benefícios: contribuir para o reconhecimento, a compreensão e a análise dos determinantes que implicam a construção do saber ajudando a nortear os rumos do processo de ensino-aprendizagem no PIRS/FESP/CEULP e em outras instituições formadoras, possibilitando a reflexão sobre a formação *lato sensu* e contribuindo, assim, para os processos de mudança na formação.

VII. Da forma de acompanhamento e assistência: se o(a) participante tiver necessidade de assistência psicológica será direcionado(a) para equipe qualificada pelo pesquisador responsável para encaminhamento/providências.

VIII. Da liberdade de recusar, desistir e retirar meu consentimento: tenho toda a liberdade de desistir de participar dessa pesquisa a qualquer tempo, sem que isso me acarrete penalidades de qualquer natureza.

IX. Da garantia do sigilo e da privacidade: os dados dessa pesquisa serão de conhecimento do pesquisador responsável. Os resultados alcançados por essa pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas desde que seja resguardada minha identidade.

X. Da garantia de esclarecimentos e informações a qualquer tempo: posso esclarecer minhas dúvidas sobre a pesquisa a qualquer tempo e para isso sei que posso consultar o pesquisador responsável.

---

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do Pesquisador

Responsável

Marcos Fabiano Monteiro da Costa

**Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – CEP/FESP**

Endereço: Quadra 405 Sul, Avenida LO 9, HM 06, Lote 11 – Instituto Vinte de Maio, CEP 77015-611

Telefone: (63) 3212-7166

E-mail: cepfesp.palmasto@gmail.com

Assim, DECLARO que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ter lido este Termo e ter entendido o que me foi explicado oralmente e devidamente apresentado neste documento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa rubricando todas as folhas deste Termo e assinando a última.

**PALMAS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2019.**