

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Escola de Saúde Pública do RS**  
**Grupo Hospitalar Conceição**  
**Curso de especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde**

**Pensando na formação para a intergralidade: o caso da Residência Integrada  
em Saúde**

**Porto Alegre**  
**2013**

**MALVILUCI CAMPOS PEREIRA**

**Pensando na formação para a integralidade: o caso da Residência Integrada  
em Saúde**

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Curso de Especialização em Práticas  
Pedagógicas em Saúde, como requisito  
parcial para obtenção do título de  
Especialista.

Orientadora: Daniela Dallegrave

**Porto Alegre  
2013**

## SINOPSE

Este estudo busca compreender, a partir da experiência vivida, como a Residência Integrada em Saúde contempla ações voltadas para a integralidade da atenção. Para tal, utiliza-se de uma metodologia descritiva, tipo relato de experiência, baseado na primeira turma de residência da ênfase de Oncologia e Hematologia do Grupo Hospitalar Conceição. A partir da comparação da realidade desta formação com questões emergentes de um seminário sobre a assistência integral e o trabalho multidisciplinar, apareceram uma diversidade de situações relacionadas ao tema nas realidades da Residência Integrada em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição e do SUS. Fatores que despertaram a necessidade de explorar este tema dentro desta ênfase. A integralidade permeia os espaços da residência, contudo é necessário que atores envolvidos na formação realizem continuamente movimentos para garantia deste princípio.

**Palavras Chave:** Residência em Saúde. Formação em Saúde. Assistência Integral à Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>1.1 ConTexto</b>	<b>6</b>
<b>1.2 O Primeiro Ato: O Despertar do Tema</b>	<b>14</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>3 Segundo Ato: A Experiência</b>	<b>19</b>
<b>3.1 O Palco</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Os Ensaios</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Espaço de Teoria e Reflexão</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Campo e Ação</b>	<b>27</b>
<b>4 Terceiro Ato: Pausa para um Protagonismo</b>	<b>34</b>
<b>5 Cena Final: E a atuação continua...</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta o relato da vivência da autora no cotidiano da Residência Integrada em Saúde (RIS). Ao descrever os elementos que compõem esta cena se busca a pensar a respeito das necessidades de formação para integralidade na área da saúde. O texto é organizado no formato de atos, como uma peça teatral, correspondendo à representações desta formação na realidade atual.

A proposta de trabalho surgiu após a realização de uma aula sobre integralidade e multidisciplinaridade dentro da ênfase de Onco-hematologia (OH) da RIS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) ministrada pela autora no ano de 2012. Nesta aula, da qual participaram residentes e uma preceptora, a autora se deparou com a realidade momentânea da formação da qual fez parte na primeira turma em 2009, traçando semelhanças e diferenças entre estas.

O referencial metodológico adotado foi a narrativa pessoal, seguindo uma estrutura de relato de experiência. Utilizando sua vivência e questões observadas na turma da RIS OH em 2012, a autora se propõe a fazer uma discussão em torno dos temas integralidade e multidisciplinaridade neste tipo de formação. Como questão que ajuda a pensar os temas propostos, costura este texto com a reflexão sobre o quanto a RIS se aproxima ou se ocupa em dar conta da integralidade e da multidisciplinaridade na formação de seus profissionais?

A contextualização deste texto passa por temáticas, tais como a formação de profissionais de saúde no Brasil e a questão da integralidade perpassada pela multidisciplinaridade. Aborda-se também a inserção das Residências como política de formação de profissionais interessada em sustentar a formação integral. Como possibilidade de contribuição para as pesquisas sobre residências, vislumbramos conhecer e dar força a modelos de formação a partir de práticas transformadoras.

## **1.1 ConTexto**

Toma-se para este estudo a integralidade para além do princípio do sistema de Saúde brasileiro, considerando também toda a complexidade que este termo carrega nas ações em saúde. A partir disso, pretende-se aqui realizar uma revisão de literatura contemplando o tema integralidade e a sua relação com a formação para área da saúde.

O termo Integralidade deriva de “atendimento integral”, uma das três diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) - juntamente com a descentralização e a participação da comunidade, previstas na Constituição de 1988 - e é entendida como um conjunto de ações necessárias para cada caso nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1988). Para Pinheiro (2009), a integralidade é o princípio da Constituição que “se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço”. Já para Mattos, 2006, o termo integralidade ultrapassa ser uma diretriz do SUS e representa uma bandeira de luta nascida na década de setenta, juntamente com o movimento de Reforma Sanitária, na busca pelo direito à saúde.

Mattos (2006) discorre sobre alguns dos sentidos da integralidade abordando questões em relação à prática profissional, a organização destas práticas e das políticas em saúde. Para ele, há necessidade de uma prática multiprofissional guiada por uma visão abrangente, considerando as necessidades dos sujeitos e seu contexto biopsicossocial, incorporando prevenção e assistência e evitando práticas restritivas a determinados grupos e doenças. Neste caso, é essencial considerar redefinições da equipe de saúde, dos processos de trabalho e das políticas. O autor considera a ação baseada na integralidade como afirmação da abertura para o diálogo, de modo a estabelecer uma relação sujeito-sujeito (MATTOS, 2006).

Ao se referir sobre o conceito de integralidade, Camargo Jr (2007), aborda sua indefinição em meio a um aglomerado de significados e a partir disso a necessidade de tomá-la como um ideal regulador. Para este autor, a integralidade como totalidade mostra-se algo inalcançável, mas é indispensável a busca por estratégias que a referenciem. Como exemplo destas cita, a compreensão abrangente das necessidades de saúde do usuário e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (CAMARGO JR, 2007).

A prática baseada no trabalho multiprofissional e interdisciplinar mostra-se uma estratégia constituinte do princípio da integralidade da atenção. O trabalho em equipe e a integração entre as disciplinas e profissões são necessidades para o desenvolvimento de uma atenção à saúde que considere a complexidade dos objetos de intervenção e os diversos níveis de realidade (PEDUZZI, 2009; RÚMEM, 2009). A Política de Educação Permanente aborda o trabalho em equipe baseado na troca de conhecimentos como a melhor forma para tratar das necessidades de saúde e de adoecimento, em detrimento de ações focadas na doença (BRASIL, 2005).

Consideramos aqui o trabalho multiprofissional como a expressão da integração no trabalho em equipe e no fazer cotidiano da atenção à saúde. Para Peduzzi (2001), o trabalho multiprofissional apresenta-se como uma relação de reciprocidade e interação baseada na comunicação, flexibilidade da divisão do trabalho e na autonomia técnica com interdependência. O trabalho em equipe é o foco do trabalho em saúde, para sua integração precisamos mobilizar a intensa permeabilidade entre os saberes e práticas conformados em profissões (CECCIM, 2004; PEDUZZI, 2009).

As relações de trabalho em saúde a partir dos princípios do SUS são fundamentadas no trabalho em equipe, com base na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Contudo, estas ainda se restringem a coexistência de vários profissionais sem integração, fator que impossibilita a prática integral à saúde (PEDUZZI, 2009). Mendes, Lewgoy e Silveira (2008) referenciam a dificuldade de trabalharmos em equipe de forma integrada com o modo como fomos formados e educados, com base numa concepção fragmentária de saúde/doença.

Apesar de ser considerado um termo indefinido, mas com diversos sentidos, a integralidade se concretiza na busca de uma atenção à saúde que contemple as necessidades em relação à assistência e à formação na área da saúde. Ao tomar a integralidade da atenção também como princípio para a formação em saúde segue-se na busca por um modelo educativo baseado nas necessidades do usuário-trabalhador-aprendiz e sua relação com a organização do trabalho. A integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde é abordada por Araújo; Miranda; Brasil (2007) como promotora da reorganização dos serviços e da análise crítica dos processos de trabalho.

Consideramos neste estudo a formação voltada para a integralidade baseada nos princípios do SUS e em seu papel de ordenador dos recursos humanos para área da saúde e na Política Nacional de Educação Permanente.

A formação para área da saúde entra em discussão juntamente com as propostas para construção do SUS. Na Constituição Nacional de 1988, é apresentada como competência do SUS “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde” e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 1988). Em 2004, é estabelecido outro marco importante para a formação na área da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A PNEPS foi instituída como estratégia para melhorar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, levando em conta seus princípios orientadores, integralidade, universalidade, participação popular e descentralização. Através da articulação das instituições de ensino com o Sistema de saúde a educação permanente pretende transformar as práticas de educação e de saúde. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005) No parágrafo abaixo, Ceccim e Ferla (2009b) fazem um apanhado no sentido de interlocução da Educação Permanente em Saúde com as propostas do SUS:

Essa política afirma: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘co-operação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a ‘educação permanente em saúde deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários. (CECCIM; FERLA, 2009b )

A Educação Permanente mostra-se ao mesmo tempo uma prática de ensino-aprendizagem e uma política de educação na saúde, tendo como foco o trabalho. A educação permanente apresenta-se como “um conceito forte e desafiante” com o intuito trabalhar ligações entre educação e trabalho, agrupando os saberes técnicos e científicos com as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações. Isto é, mostra-se um modo de operar o ensino da saúde na busca por contribuições na construção do SUS (CECCIM; FERLA, 2009b).



Em relação à produção de conhecimento na educação permanente, esta se dá a partir dos conceitos do ensino problematizador e da aprendizagem significativa, onde as vivências e experiências na realidade promovem a análise crítica e interrogação no desejo de aprender. Fato que entra em contraponto ao ensino-aprendizagem mecânico, onde o educador é superior ao educando, ocorrendo a tentativa de transferência de conhecimento (BRASIL, 2005; CECCIM, FERLA, 2009b). A partir deste modelo de aproximação do ensino com a realidade do serviço, pretende-se promover modificações concretas nos modos de aprendizagem e de trabalho, como as citadas no parágrafo abaixo:

A proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. (BRASIL, 2005, p. 14)

As ações de educação permanente a partir deste modelo contribuem na construção de ações para a melhoria das condições de vida e saúde da população e para superar as deficiências resultantes da formação e das práticas tradicionais de saúde. A educação permanente busca fortalecer ações para a integralidade baseando-se nas necessidades de saúde, no modelo multiprofissional e transdisciplinar e na ação intersetorial, enfatizando algumas ações como: o acolhimento e a produção de vínculo com o usuário, o desenvolvimento de sua autonomia, a responsabilização das equipes e a resolutividade da atenção (BRASIL, 2005). Para Ceccim; Ferla (2007) a atenção integral apresenta-se como um modelo de saberes e práticas.

A educação permanente prevê a atualização cotidiana das práticas em saúde a partir da construção de relações e processos no interior das equipes, das organizações e nas ações interinstitucionais e/ou intersetoriais (CECCIM, 2004/2005). Em relação à formação em saúde a partir da Educação Permanente, esta pode abranger diferentes contextos de produção de conhecimento, como citado abaixo:

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e

recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e colocasse em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2004/2005, p. 162).

Em relação à Educação Formal de Profissionais, a Educação Permanente garante o compromisso de conciliar os saberes técnico-científicos aos saberes operadores das realidades. Com este intuito, trata de somar espaços de discussão, reflexão e análise da prática cotidiana aos referenciais que orientam as práticas (CECCIM, 2004/2005). Há a necessidade de estratégias de aprendizagem que favoreçam o trabalho em equipe e a troca entre diferentes saberes formais e não formais para produzir uma ação educativa norteadada pela integralidade (MACHADO *et al*, 2007).

Os contextos da formação e da integralidade se somam as propostas de mudanças de ação baseadas na prática de cuidado e nos princípios do SUS. Pinheiro e Ceccim (2006, p.14), referem-se a uma noção de integralidade porosa ao contexto da formação para ser assumida nas práticas de ensino à saúde como “um pensamento ação, um processo de construção que envolve si mesmo, o outro e os entornos”. Em relação à formação dos profissionais em si há a necessidade de abordarmos outros elementos organizacionais em busca de uma formação integral.

A formação profissional necessita acompanhar a nova organização do trabalho em saúde a partir das propostas do SUS. Ceccim e Feuerwerker (2004), defendem o SUS como interlocutor na formação e não somente como mero campo de práticas. Para estes autores, a formação precisa estar inserida no campo de prática, assim como o campo atuar como referência para o que é necessário trabalhar como formação. Deste modo, a formação serviria para as reais necessidades de saúde.

Para o ensino na área da saúde espera-se a abrangência da diversidade de cenários de ação/formação. Dentre os elementos que integram o cenário da educação, são considerados o do ensino, o da gestão, o da assistência e o do controle social, com base no Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2004/2005). Outro elemento

importante é o Ensino com base na Cidadania, onde a formação busca produzir entendimento sobre o conceito ampliado de saúde e sobre a criação e consolidação do SUS, associando clínica e política. A partir disso, suprir a necessidade de profissionais militantes da saúde, capazes de atuar num sistema de saúde relativo à vida das pessoas, à qualidade de vida e ao trabalho, antes de qualquer padrão técnico (CECCIM; FERLA, 2009a).

O campo de prática educativo necessita ser composto pela realidade de trabalho e seus problemas ao invés de se inventar caminhos e práticas legitimados (CECCIM; CARVALHO, 2006). Pinheiro e Ceccim (2006) defendem a abertura para a experiencição e, com isso, a apreensão das ações como mais significativas para promoção do aprendizado de práticas eficazes, do que a identificação de modelos ideais voltados para o ensino e para o cuidado. Para estes autores, há a necessidade de assumir-se uma postura crítica e criativa na produção de saberes sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade. Desta forma, o ensino irá produzir conhecimento a respeito das necessidades brasileiras e preparar para a ação na nossa realidade.

A educação dos profissionais necessita desenvolver condições para o trabalho conjunto e a multiprofissionalidade. As situações reais de saúde demandam práticas interprofissionais de ação no trabalho e de construção coletiva de conhecimentos na formação (PINHEIRO; CECCIM, 2006). Destaca-se também o enfoque na especialização em detrimento de ações integrais, demandado pelo mercado de trabalho. Ao proporcionar tanto o ensino de capacidades gerais quanto as que constituem as especificidades de cada profissão, a formação visa suprir demandas para o trabalho complexo, usuário-centrado (CECCIM, 2004).

A formação dos trabalhadores já vem sendo pensada desde o início das discussões sobre a mudança do processo de trabalho em saúde. A partir do movimento da Reforma Sanitária, a discussão a respeito da formação tem o intuito de garantir a mudança no sistema e na atenção, fato que posteriormente é consolidado nas Leis do SUS. Apesar disso, as mudanças na formação não vêm acompanhando as propostas do SUS, se mantendo em um modelo ainda individualista, biologicista e tecnicista, alheio à gestão e ao controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; FERLA, 2009a). Ceccim e Ferla (2007, p.217 ) expõem “a necessidade de ousar uma resistência aos modelos identitários” e dar abertura à criação na educação dos profissionais da saúde.

A formação em saúde baseada na integralidade da atenção propõe um desafio para consolidar a reorganização da atenção e dos serviços em consonância com os projetos do SUS. Para Araújo; Miranda; Brasil, (2007) a transformação no processo de formação é um dos propulsores da integralidade. Devemos considerar o potencial do ensino na área da saúde como produtor de novas práticas. Além da produção de conhecimentos baseada na realidade, a problematização das ações e estímulo ao processo de reflexão dos profissionais atuantes nos serviços.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) surge no contexto de mudança na Formação para o SUS com base na Política de Educação Permanente. Tal programa vem ao encontro de suprir as deficiências da formação na área da saúde em contribuição para a integralidade da atenção. Para Ceccim (2010), a residência mostra-se como estratégia potencial para repensar o processo de formação e as ações em saúde.

A RIS apresenta-se como modalidade de pós-graduação multiprofissional desenvolvida no ambiente de ação, fundamentada nos princípios do SUS, tendo como princípios orientadores a aprendizagem pelo trabalho, a atuação em equipe e a integralidade da atenção. Como principais objetivos da RIS, Martins *et al* (2010) apresentam a inserção de profissionais qualificados para trabalhar nas áreas prioritárias do SUS, qualificação da formação e contribuição para mudanças no cenário de assistência para o SUS.

O projeto da RIS prevê orientação técnica no ambiente de trabalho e orientação docente em sala de aula. A partir disto, conta com espaços para a prática no trabalho, a supervisão assistencial, atividades de reflexão teórica e orientação técnico-científica (BRASIL, 2004c). Este tempo e espaço para a oxigenação das práticas se dão através das trocas de saberes nas aulas e nos espaços de supervisão. A possibilidade de problematização das práticas permite ao residente/trabalhador perceber e discutir a complexidade dos acontecimentos no campo da saúde (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

A presença contínua no serviço e as estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional através deste tipo de formação permitem o cruzamento de saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados às necessidades atuais em saúde (CECCIM; FERLA, 2007). A formação do tipo residência multiprofissional tem potencial para propiciar a superação da

segmentação do conhecimento e da atenção em saúde (ALVES da SILVA; CABALLERO, 2010).

## **1.2 O Primeiro Ato: O Despertar do Tema**

Depois de mais de um ano de término da Residência fui convidada para mediar um seminário de campo com o tema de integralidade e multidisciplinaridade em minha ênfase de formação, a RIS Onco-Hemato do GHC. Deparei-me com residentes de segundo ano desestimulados com o processo de formação e com muitas dúvidas e inquietações, porém com vontade de melhorar sua situação de atuação-formação.

Minha proposta em relação ao seminário foi de discutir o tema e ao mesmo tempo utilizá-lo para promover reflexão a respeito da situação da RIS OH naquele momento. Trabalhamos a partir de uma metodologia ativa de aprendizagem fundamentada em conceitos da Aprendizagem Baseada em Problemas, utilizando um texto disparador para discussão em torno do tema (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). A aula, intitulada “*O Integral e o Multiprofissional e suas relações na Assistência à Saúde*”, iniciou com uma breve explanação sobre integralidade e multiprofissionalidade, pois foi demonstrada a necessidade de introduzir os temas antes de promover a discussão. Após a conceituação do tema, foi utilizado um texto fictício baseado nas experiências da primeira e segunda turma da RIS OH. Tal texto traz os temas a serem discutidos para dentro no contexto da RIS OH, condizendo com as experiências dos residentes em relação à atuação no campo, a integração com a equipe e outras dificuldades encontradas durante este processo de formação na ênfase Onco-Hemato. O Quadro abaixo contém o texto na íntegra:

QUESTÕES DE APRENDIZAGEM

**Aula:** O Integral e o Multiprofissional e suas relações na Assistência à Saúde

**Trabalho Integral e Multiprofissional: como fazê-lo?**

Num seminário de campo de uma Residência Multiprofissional com ênfase hospitalar, um grupo de residentes tenciona a discussão sobre suas práticas de trabalho: O que há de integral na assistência dada aos pacientes? O grupo consegue dialogar entre si e planejar o trabalho, consegue ultrapassar as barreiras das ações exclusivas de núcleo e atuar com amplitude? Há integração desta equipe entre si, e com a equipe fixa? Todas as ações dentro dos núcleos tem o mesmo valor em relação à assistência do usuário? De que depende a transformação das ações na saúde?

Todos estes questionamentos repercutiram nas cabeças de todos.

A residente da Fisioterapia logo saiu dizendo que consegue até abraçar os pacientes quando estão chorando, mas que quando eles começam a falar da vida e dos seus sentimentos ela logo grita pela Psico...

As residentes da enfermagem e do Serviço Social estão planejando um grupo com as pacientes internadas pré e pós mastectomia, mas a residente da Psico que gostaria de participar está no ambulatório durante os horários marcados. Ela diz que esse grupo não pode acontecer, pois onde já se viu alguém fazer grupo sem um psicólogo junto, ela que estudou sobre isso.

A residente da Farmácia está atendendo os usuários em tratamento com imatinib, faz o controle se eles estão tomando a medicação corretamente, mas está indignada pois seu João, que está em fase terminal, não veio à consulta para fazer uma viagem com sua filha.

Já a residente de nutrição correu o dia todo, pois teve que revisar o mapa do seu Carlos cinco vezes hoje, ele estava ansioso e indeciso com o que queria comer na semana, "sua mulher sempre o mimou em casa" e ele ficará o mês inteiro internado para o 2º ciclo após a recidiva de Leucemia.

Todos os residentes estão angustiados, pois com a disseminação de VRE no hospital o grupo de atividades recreativas para os pacientes e o grupo de familiares não podem acontecer e eles não sabem como acolher os pacientes internados e seus familiares de outra forma.

A residente do serviço social diz que o modelo hospitalar não possibilita uma abertura para ações integrais. Já a farmácia diz que a discussão de caso com o levantamento das dificuldades e potencialidades do usuário e a formulação de um plano de ação em conjunto simboliza uma ação integral. A residente de enfermagem concorda, mas ressalta a falta, nesta discussão e em outras muitas, da categoria médica.

**QUADRO 1 – Caso para discussão apresentado na aula ministrada aos residentes, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2012**

Decorrentes do texto do quadro 1, apareceram diversidades de situações que foram levantadas pelos participantes, incluindo a autora, em relação à assistência integral e ao trabalho multidisciplinar nas realidades da RIS OH, do GHC e do SUS. Fatores que despertaram a necessidade de explorar este tema dentro da RIS OH. Devido a questões éticas, a autora não utiliza os resultados desta discussão como

base para a elaboração deste texto, contudo utiliza-se de temáticas emergentes disparadas por esta discussão. Isto é, a análise se dá ao redor, nas beiradas do que aconteceu, limitando-se à profundidade do vivido por uma pessoa em encontro com outras.

A construção deste seminário trouxe a necessidade pessoal de refletir sobre como foi e como está sendo a formação na RIS OH. Além disso, de buscar conhecimento a respeito do funcionamento real de uma formação com base na integralidade. Uma formação que deve estar em consonância com as propostas do SUS, que tem como premissa a atenção às necessidades do usuário, a diversidade de práticas, a integração e o trabalho em equipe.



## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo de natureza qualitativa, no formato de relato de experiência. Através desta metodologia pretendeu-se articular o relato das vivências dentro da RIS GHC com o contexto da formação na área da saúde. A reflexão para este trabalho emerge de uma aula ministrada pela autora em 2012 para a turma de residentes do local onde realizou o seu processo formativo iniciado três anos antes. Os elementos presentes na cena e que ajudam a pensar a questão de estudo são trazidos ao texto a partir desta vivência. Para isto, são utilizadas anotações pessoais, relatórios do percurso como residente e questões observadas nesta turma da RIS OH, a partir do seminário ministrado. Ao relacionar a narrativa com o contexto histórico da formação para a integralidade a autora se propõe a fazer uma reflexão em torno dos temas integralidade e multidisciplinaridade neste tipo de formação.

Para fins deste trabalho, a experiência será tomada a partir de Larrosa (2002), a qual se refere como algo que nos toca, que afeta, produz receptividade, capacidade de formação e transformação. O autor referenciado busca outra possibilidade de formação além da relação teoria e prática ao tratar a educação como uma experiência/sentido, extrapolando a questão de formação técnica e/ou política e buscando uma experiência que forma e transforma a vida. Tendo como referencial a experiência como algo singular e que produz algo significativo, parto, através deste estudo, na busca pela reflexão das experiências vivenciadas na RIS.

A narrativa de si é utilizada como subsídio para a reflexão sobre o tema. Para Gomes; Mendonça (2002), ao se referirem à narrativa do outro em relação à experiência da doença, a narrativa é uma forma na qual a experiência é representada e recontada, apresentando eventos numa ordem significativa e coerente, podendo gerar novas reflexões. Tais autores destacam também a possibilidade de relação entre a história e a experiência propriamente dita durante análise da narrativa.

Este relato de experiência está estruturado como uma peça teatral. Considerando o Teatro como uma representação da realidade que retrate coisas que preocupam e/ou divertem os espectadores e somando-se a isto, o fato da necessidade de intenso planejamento e trabalho em grupo para sua realização

(ALVES, 2007). Ao organizar o texto por este modo de apresentação, objetiva-se contextualizar o leitor nos momentos históricos do relato.

Como referem Gomes; Mendonça (2002), a experiência vivida é essencialmente privada, sendo que o narrador comunica sobre a significação da experiência vivida. Ressalta-se aqui que este relato parte de uma visão pessoal de um processo coletivo. Tanto em relação à experiência e reflexão política durante o tempo de formação como residente, como o surgimento de questões instigadoras no seminário motivador deste estudo.

### 3 Segundo Ato: A Experiência

Apresento aqui a experimentação, isto é, o modo como a residência em Oncologia e Hematologia do GHC foi tomando corpo e ocupando os lugares a ela destinados. A residência vai, ao decorrer do tempo, se apresentando e se constituindo no processo de trabalho dos profissionais envolvidos com a formação. A contextualização da proposta da RIS GHC e os modos como foi iniciada a ênfase em onco-hematologia subsidiam a reflexão da experiência vivida com base na integralidade.

#### 3.1 O Palco

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) inicia sua primeira turma em julho de 2004, através da Portaria nº109/04 do GHC, com a proposta de uma formação crítico reflexiva em consonância com as propostas do SUS. Tal proposta se mostra clara em seu projeto político-pedagógico, como referenciado abaixo:

A proposta da RIS/GHC visa, além da formação de um profissional qualificado às exigências do SUS, à formação de um/a cidadão/ã crítico/a que busque, em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade de construir, coletivamente, soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde (BRASIL, 2009, p. 01).

A proposta de formação do GHC em relação a RIS segue as mudanças esperadas para a formação na área da saúde, já citadas anteriormente. Esta tem como referenciais orientadores a integralidade, a humanização, o trabalho em equipe e a Educação Permanente, destacados como preceitos a serem trabalhados na consolidação do SUS no momento atual da RIS GHC. Propõe-se a partir desta formação, a superação do modelo biomédico de atenção e a produção de novas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Esse tipo de formação prima pela atuação em equipe multiprofissional dentro da rede de serviços do GHC, nos diferentes níveis de atenção. A participação dos diversos núcleos profissionais, nas diferentes ênfases tem a intenção de provocar abertura e comunicação entre os conhecimentos (BRASIL, 2009). Tal programa é

organizado por atividades de campo e de núcleo, baseando-se em Campos (2000). Desta forma, considerando o campo como um conjunto de saberes e práticas comuns a todos e o núcleo os saberes e práticas específicos de cada profissão (ALVES DA SILVA; CABALLERO, 2010).

A RIS GHC é dividida em áreas de ênfase, cada uma correspondente a um determinado campo de conhecimento. As turmas de 2004 a 2008 contemplaram as seguintes ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva. Dentro do Projeto Político Pedagógico (PPP), a escolha das ênfases seguiu dois aspectos: a dimensão locorregional e a realidade situacional do GHC. Tais fatores contemplariam as necessidades de saúde no SUS em contrapartida às necessidades de formação, considerando a constituição dos campos e das equipes dentro do GHC (BRASIL, 2009).

O programa de Residência Multiprofissional do GHC tem grande representatividade regional, considerando a estrutura do programa e da instituição e a quantidade de vagas para este tipo de formação. O GHC é um importante complexo de atenção à saúde no sul do Brasil. Conta com uma completa rede de assistência, abrangendo os diferentes níveis de atenção, sendo referência para atendimentos em diversas áreas no estado do Rio Grande do Sul. A instituição oferece formação para residentes médicos desde 1968 e foi certificada como Hospital de Ensino em 2004. Atualmente, esta oferece diversas vagas de estágio para diferentes cursos, além das residências médica e multiprofissional (FAJARDO *et al*, 2010).

### **3.2 Os Ensaio**

No ano de 2008, acredito que pelo desejo de alguns profissionais de consolidar a prática multiprofissional e melhorar a assistência ao usuário, inicia-se a elaboração do projeto para uma nova ênfase na RIS GHC, agora em Onco-Hematologia. A criação desta nova ênfase segue as necessidades de formação para o SUS em relação as áreas apoiadas para a especialização em serviço e a proposta de trabalho multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2004a). Além disso, o GHC mostra-se um interessante campo de prática, pois além de abrigar todos os níveis de

atenção, é um centro de referência em atendimentos na área de onco-hematologia para o estado do Rio Grande do Sul.

Como especificidades para criação de uma residência em Onco-Hematologia, podemos considerar a significativa incidência de casos e mortes, a complexidade das situações e das necessidades do indivíduo e família, a necessidade de ação nos diversos níveis de atenção e a premissa pela prevenção. A partir do impacto do câncer na saúde mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, mostra-se fundamental o investimento em estratégias de prevenção e controle de câncer. Mostra-se necessário investir em ações de promoção, prevenção e redução de danos que possam se comprometer com a possibilidade de uma melhor qualidade de vida aos indivíduos, através de modelos de atenção resolutivos às necessidades de saúde (CESTARÍ; ZAGO, 2005). O investimento na formação multiprofissional voltada para a integralidade na área da Onco-Hematologia vem ao encontro de suas complexidades e do vasto campo de ações esperadas para esta.

Em 2009, cria-se a ênfase em Oncologia e Hematologia, como uma das primeiras propostas de qualificação multiprofissional para o trabalho nesta área de ênfase no Brasil. Outras propostas de formação na área não eram do tipo residência e nem tinham caráter multiprofissional. Algumas delas funcionavam como especialização uniprofissional em serviço, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que vem a criar uma residência multiprofissional no Campo da Oncologia em 2010 (BRASIL, 2012).

A RIS Onco-Hemato do GHC tem sua sede no Serviço de Hematologia e Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição. O serviço que dá origem à ênfase é estruturado a partir de uma unidade de internação e um ambulatório onde são atendidos exclusivamente usuários com acometimentos onco-hematológicos. Tal serviço, conta com a participação de diversas áreas profissionais, onde a abordagem multiprofissional mostrava-se uma prática já existente, fator essencial dentro da proposta da RIS.

As profissões que compõem a equipe multiprofissional deste serviço dão origem aos respectivos orientandos/residentes. É prevista a liberação de seis vagas. As vagas de residente foram estabelecidas a partir das áreas reconhecidas como de maior atuação e demanda na OH e também considerando a disponibilidade de trabalhadores para atuar como preceptores. São elas: Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Serviço Social, Fisioterapia e Psicologia (GRUPO HOSPITALAR

CONCEIÇÃO, 2008).

Ao pensar a construção da ênfase em Hematologia e Oncologia baseada no que já havia de consolidado na RIS/GHC, os profissionais do serviço de Onco-Hematologia trazem novos elementos para pensar a assistência e o ensino. A RIS OH nasce num contexto de discussão a respeito da elaboração de uma linha de cuidado ao paciente onco-hematológico e a partir da reformulação da equipe do serviço de onco-hematologia. A proposta de discussão a respeito da Linha de Cuidado promoveu trocas entre diferentes equipes que atendiam esse tipo de paciente, fato que se mostrou importante na consolidação de diversos campos de prática. Em 2008 foram realizadas contratações de profissionais da equipe multiprofissional, antes em pequeno número ou atendendo a diversas especialidades concomitantemente, e estes foram inseridos nas discussões a respeito da linha de cuidado da OH e da elaboração do projeto da residência.

Dentro do próprio serviço, o aumento do número e/ou do tempo dedicação para a assistência e a construção das funções de preceptoria/orientação, promoveu a integração destes profissionais. Ocorreu a partir disso, a reformulação de alguns espaços de assistência. Como o exemplo do grupo de familiares na unidade de internação, que estava suspenso.

Entende-se assim que, ao se pensar a proposta de residência multiprofissional no serviço de Onco-Hematologia, tal equipe se propõe a refletir acerca dos modos de como se está trabalhando. Isto somado ao fato de que diferentes equipes se unem para pensar uma forma de assistência baseada em linhas de cuidado promove a reflexão a respeito de novas propostas de trabalho e de formação. Contudo a proposta de Linha de Cuidado e este grupo de trabalho constituíram-se de modo frágil e foram interrompidos logo após o início da primeira turma de residentes.

O grupo de trabalho descrito, o qual organizou a RIS OH, inicia o preparo do campo para a recepção dos residentes. Isso se consolida no que diz respeito ao projeto de formação e às atividades propostas. Contudo, a construção e o reconhecimento deste tipo de ação-formação e do papel do residente junto à equipe foi se construindo ao longo do tempo e com a presença dos residentes no campo.

### 3.3 Espaço de Teoria e Reflexão

A formação tipo Residência prevê não só a integração teoria e prática no campo de trabalho, mas também atividades teóricas fora dos locais de trabalho que embasem a ação. Dentro da RIS GHC, é previsto 20% da carga horária para atividades teóricas (FARJARDO *et al*, 2010). A primeira turma da RIS OH iniciou com um piloto de atividades teórico-práticas, que posteriormente se organizaram em uma grade, conforme quadro apresentado abaixo:

Hospital Nossa Senhora da Conceição									
RIS Onco Hematologia- 2009									
Cronograma de Atividades									
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta				
8h	Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática	Supervisão				
9h					Reunião Preceptores Sala 4060 (4B2)	Discussão de Casos Sala 4060 (4B1)	Atividade Prática		
10h		Seminário de núcleo		Atividade Teórica				Atividade Prática	
11h					Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática		
12h	Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática						
13h				Atividade Prática				Atividade Prática	Atividade Prática
14h									
15h					Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática		
16h	Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática						
17h				Atividade Prática				Atividade Prática	Atividade Prática
18h									
19h					Seminário RIS HNSC	Preparação para Seminário de Núcleo			
20h									
21h									

FONTE: Arquivos Pessoais.

**QUADRO 2 – Distribuição das atividades semanais da RIS OH, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2009.**

As atividades teóricas na RIS GHC são divididas entre campo e núcleo. Isto é, em determinados momentos, os residentes de diferentes profissões reúnem-se para

discutir as questões mais amplas do campo de ação e, em outros, estão reunidos por profissão em torno de questões específicas. Há, ainda, os seminários integrados que consistem em momento de integração entre as diversas profissões e ênfases do programa de residência. As atividades teóricas realizadas na RIS OH são constituídas dos Seminários Integrados, de Campo e de Núcleo, da Supervisão de Núcleo, da Discussão de Casos, da Leitura de preparação para os Seminários e das apresentações teóricas dentro dos encontros de equipe, denominados *Rounds*.

Os Seminários Integrados funcionam como um espaço de compartilhamento de saberes com o intuito de trabalhar tecnologias leves de cuidado (ALVES da SILVA; CABALLERO, 2010). Há potencialidade no espaço denominado Seminário Integrado, principalmente nos momentos em que é garantida e estimulada a problematização. Ao manter a participação de todos os residentes das diferentes ênfases, promove grupos de trabalho com participação diversificada. As reflexões realizadas permitem o compartilhamento de experiências diversas, de novos projetos de cuidado e reflexão sobre diferentes concepções de saúde. As dificuldades vividas neste espaço estavam relacionadas à metodologia e organização. Algumas vezes, mesmo com uma proposta aberta, as aulas não se apresentavam participativas. Com relação à organização, os seminários se mostravam cansativos, pois eram realizados à noite, dentro de uma semana composta por 60 horas de trabalho/vivência.

Os Seminários de Campo propunham, inicialmente, discutir questões do campo de ação na ênfase através de um trabalho em módulos seqüenciais. O primeiro módulo, a ser desenvolvido no primeiro ano, contemplava a revisão da clínica específica de Oncologia e Hematologia. Aulas expositivas eram realizadas por profissionais renomados oriundos de dentro e de fora do GHC, contudo, a maioria deles, não conheciam a realidade da RIS e dos núcleos que a compunham. Ao decorrer dos seminários, foi se buscando um novo formato que se aproximasse das características do campo e dialogasse melhor com a proposta da Residência.

Os residentes sugeriram que neste espaço os temas fossem intercalados, não sendo explorados de forma compartimentada através dos módulos. A nova proposta dos seminários, contava com uma abordagem da clínica num formato mais enxuto, solicitando-se aos palestrantes o enfoque de abordagens integrais dos temas, além dos aspectos característicos da patologia. Na tentativa de tal abordagem, nas aulas de clínica buscar-se-ia fazer referência às necessidades de saúde dos indivíduos e



seu contexto, juntamente às abordagens das diversas profissões que compunham a RIS. Já os outros temas tinham como base os eixos que compunham a RIS: ensino/pesquisa, assistência, gestão, controle social, conforme o projeto político-pedagógico do programa (BRASIL, 2009). Com o intuito de integrar os conhecimentos de campo e de proporcionar a interação entre os núcleos também se integrou a estes seminários a apresentação de conceitos e características de cada núcleo que compunha a ênfase.

O processo de reflexão e construção deste seminário trouxe melhorias significativas para o cotidiano de trabalho e aprendizagem. Além do aperfeiçoamento deste espaço teórico, a construção coletiva do Seminário de Campo no primeiro ano possibilitou maior aproximação de residentes e preceptores com as propostas da RIS. Isto se deu, principalmente, pela busca de temas que fizessem sentido à formação tipo Residência Integrada em Saúde.

Contudo, no decorrer do primeiro ano, este seminário, ainda contava com algumas carências. Dentre elas, destaco a falta de conhecimento dos convidados sobre a proposta, aulas expositivas com abordagens pouco participativas e a falta de alguns temas considerados importantes pelos residentes. Já no segundo ano, a partir da entrada da nova turma de residentes e pela participação de R1 e R2 nos seminários, surge a necessidade de rediscutir os temas abordados a partir das necessidades e características do novo grupo de residentes.

Ao meu ver, os seminários de núcleo, compostos pelas questões referentes a cada profissão, tiveram uma construção mais individualista. Na maioria dos casos, este partia das necessidades do residente e preceptor envolvidos, proporcionando um ensino baseado em quem aprende. Ao mesmo tempo, diminuía as possibilidades de troca de conhecimento entre as profissões e/ou as ênfases, de um projeto de construção de saberes profissionais dispostos a compor um trabalho em equipe, restringindo-se às ações de núcleo dentro de um contexto específico. No caso da primeira turma onde havia somente um residente de cada núcleo, os seminários se deram de forma quase que individual. Em apenas alguns casos houve participação de outros núcleos ou os seminários aconteceram em espaços abrangendo núcleos de outras ênfases. Contudo, não se mostra possível aqui realizar uma reflexão abrangente aos outros núcleos.

No caso experienciado pela autora, os seminários de núcleo foram referentes a conhecimentos técnicos necessários à abordagem assistencial do núcleo de

enfermagem. Os seminários aconteciam num processo construtivo de troca de conhecimentos, com leitura prévia e discussão de artigos, na maioria dos casos, mas também através da elaboração de treinamentos junto a algumas equipes de enfermagem do GHC. Outro fato que considero interessante e produtivo foi a construção e efetivação de seminários de campo, em conjunto com a preceptora, com temas apresentados aos colegas residentes e aos residentes de primeiro ano.

As discussões de casos, assim como os seminários de campo, também iniciaram com um enfoque de revisão da clínica. Contudo, ao longo do tempo, foi percebido pelo grupo de residentes e preceptores a necessidade de buscar um modelo que contemplasse as necessidades de ação para cada caso estudado. Após a participação de alguns residentes em outros espaços reflexivos, foi trazido o exemplo de um modelo de discussão baseado nas necessidades e potencialidades dos usuários. A partir disso, tais fatores passaram a conduzir parte da discussão do caso junto com a história de vida e saúde-doença dos indivíduos. Neste espaço, tenta-se elaborar um plano de ação em relação aos casos discutidos, contudo esta proposta não conseguia ser integrada à assistência na prática, pois não era discutida com toda a equipe. Apesar de que residentes e preceptores da RIS compusessem a maior parte desta equipe, a categoria médica e outros profissionais de nível médio acabavam por não participar dos estudos de caso e das propostas de ação. Fator este que impossibilitava uma abordagem mais ampla e integral por parte da equipe como um todo. Não sei se talvez por este motivo, mas este modelo de discussão não permaneceu nas turmas seguintes.

Apesar de não ter uma concepção metodológica clara para cada tipo de espaço teórico, o Projeto Político Pedagógico da RIS GHC tem a Educação Permanente como um de seus referenciais de formação. Neste caso, é valorizada a aprendizagem significativa a partir da problematização contínua dos espaços de trabalho entre os sujeitos da ação-formação. Tomando como referência as necessidades de saúde e de trabalho, o espaço reflexivo funcionaria como gatilho para a construção de práticas em saúde integrais e humanizadas (BRASIL, 2009). São estes os preceitos que embasam a elaboração destes espaços, podendo ser explorados ou se perderem.

Os espaços teóricos, no caso da RIS OH, promovem o incentivo a produção de conhecimento e a visão ampliada a respeito das propostas de mudança para a área da saúde. Dentre as atividades realizadas na RIS OH, podemos considerar os

espaços teóricos como os de maior potencial para exercício da integralidade, no que diz respeito à integração das profissões e a abertura para pensar o trabalho e a formação. As atividades teóricas trazem, na maioria, a possibilidade de trocas entre os participantes, condizendo com uma integração dos participantes na maioria das ocasiões. A comparação com as atividades práticas desenvolvidas concomitantemente, os exemplos práticos de vivências e as discussões, quando incentivadas/oportunizadas nos espaços teóricos facilitam o aprendizado para o trabalho.

Percebe-se abertura para novas propostas em todos os espaços teóricos descritos, tanto em relação ao espaço, quanto ao campo de ação. Contudo, isto nem sempre se dá com efetividade de mudança ou com incentivo a proposições concretas dentro da prática. Como no exemplo dos estudos de caso, a problematização da realidade promove o planejamento de ações que pela configuração do serviço nem sempre conseguem ser desenvolvidas.

Os espaços teóricos no geral também tiveram a função de ampliar a percepção para além do campo de ação e das funções esperadas para cada núcleo. Fato que oportunizou aos residentes a criação de um olhar mais amplo para as questões de saúde na Onco-Hematologia. Houve a necessidade de trocas intensas entre os núcleos e o conhecimento de suas funções e percepções a respeito da atenção em saúde, para que ocorresse o planejamento conjunto de ações relacionadas às necessidades de saúde. Isto promove a consolidação da integração dos núcleos no campo de trabalho a partir do conhecimento de todos sobre suas competências e possibilidades de ação.

### **3.4 Campo e Ação**

O programa da RIS GHC possui uma coordenação geral, mas cada área de ênfase constrói seus planos de trabalho de acordo com o serviço ao qual está inserido, contemplando suas especificidades de formação (BRASIL, 2009). Com base nisto o planejamento das atividades de formação em serviço na ênfase de Oncologia e Hematologia se deu previamente a chegada dos residentes. Contudo, a primeira turma de residentes em 2009 iniciou sua formação desvendando um campo novo, sem vivências com este tipo de prática de ensino, isto é, a formação pelo

trabalho. Com isso, a RIS OH necessitou ser apresentada e detalhada aos serviços e às equipes, dentro e fora do GHC.

No plano da RIS OH, estão inseridas as áreas de Oncologia e Hematologia e serviços de apoio. É prevista abordagem à promoção da saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, passando por campos em diversos pontos da rede de atenção. Os principais campos de atuação do residente na ênfase de Oncologia e Hematologia são a internação Clínica e o Ambulatório de Onco-Hematologia do GHC. Estes estágios, que até 2010 eram estabelecidos no primeiro ano, tinham a intenção de proporcionar a atuação dentro de uma equipe fixa, possibilitando maior troca e interação.

No segundo ano, no caso das duas primeiras turmas, os residentes passaram por uma maior quantidade de campos de estágio. Dentre os campos no GHC, podemos citar: Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Unidade de Cuidados Paliativos, Internação Clínica e Cirúrgica, Internação e Ambulatório de Pediatria, Unidade de Hemoterapia, Programa de Assistência Domiciliar e espaços de Gestão do GHC. As experiências de formação também ocorreram fora da instituição formadora. Convênios foram firmados com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para estágio na unidade de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas e com a Secretaria Municipal de Saúde para o estágio na área de Gestão. A residência prevê também um Estágio Optativo, de um a dois meses, que ocorre em local escolhido pelo residente e aprovado pelo preceptor.

São diversos os locais em que os residentes desenvolvem suas atividades, muitas vezes concomitantemente. Dentre os profissionais destes locais, poucos conheciam a proposta da RIS antes de receber os residentes em formação no início do ano de 2009. Aqueles campos em que o residente passava mais tempo, como as unidades de referência no primeiro ano, foram aos poucos acolhendo o residente como parte da equipe. Importante destacar aqui que a preceptoria responsável pelos residentes era parte importante destas equipes de referência, facilitando este processo. Contudo, na maioria dos outros espaços de prática, o residente passava pouco tempo e não tinha esta referência o que dificultava sua inserção na equipe.

A RIS OH tem por base um serviço de atendimento terciário, apesar de ter estágios em vários pontos da rede de cuidado. As vivências são, na maior parte do tempo, no campo hospitalar e/ou num modelo de atenção com enfoque biomédico, correspondendo à realidade das ações neste campo. Ao seguir o que é esperado da

organização do trabalho neste enfoque, isto é, as rotinas técnicas, o residente acaba por não ter tempo e/ou espaço para apostar numa assistência baseada na escuta e percepção das necessidades do usuário.

Os trabalhadores e residentes se depararam com diversos entraves na tentativa de desenvolver atividades baseadas na integralidade. Não havia uma cultura de trabalho baseado em ações que focassem o conhecimento e a intervenção, além dos cuidados técnicos. Na maioria, o residente acabava por seguir o fluxo, cobrindo a demanda de trabalho e dependendo, muitas vezes, de sua própria iniciativa para um cuidado amplo. Não era comum ter espaço, tempo ou condições para fazer contato com unidades de saúde e/ou outros municípios, realizar visitas domiciliares ou de conhecer a realidade, o local onde morava o indivíduo e/ou sua família. O fato destas atividades não terem sido incorporadas no cotidiano do trabalho dos profissionais diminuiu com as possibilidades de conhecer melhor as necessidades do usuário.

Mesmo com a presença da residência no serviço como proposta de trabalho multiprofissional, havia dificuldades em produzir trocas de conhecimentos entre as profissões. Na primeira turma, os residentes da OH interagiam muito entre si e com as preceptoras nos locais de trabalho e de ensino, contudo havia dificuldade desta interação na equipe como um todo. As ações com características interdisciplinares eram realizadas quase que somente pelos residentes multiprofissionais, correspondendo às propostas da RIS e do SUS. Os espaços da RIS não tinham a participação dos outros membros da equipe como, por exemplo, a discussão de casos e do grupo de familiares. Outros espaços criados pelo serviço e abertos a todos, como os *rounds*, eram baseados no modelo biomédico, isto é, davam muito espaço para discussão de problemas clínicos e pouco para as necessidades de saúde.

Apesar de compartilhar o campo de ação e de formação, ocorria uma evidente separação das residências médica e multiprofissional. Tais programas não tinham projetos ou espaços comuns de ensino dentro do serviço de onco-hematologia. Em alguns momentos, foi aberta para a RIS a participação em aulas da residência médica, contudo em um modelo voltado à prática de clínica médica. Os residentes médicos foram, desde o início, convidados a participar dos espaços da RIS como os grupos e estudos de caso, mas não chegaram a integrá-los. Este

desencontro se deu durante os anos de 2009 e 2010, na primeira turma, e continua também nas turmas atuais, como aparece no seminário em 2012.

Com a chegada dos residentes multiprofissionais dentro da unidade de internação onco-hematológica pode-se perceber algumas inovações na assistência, fato vivenciado nos dois primeiros anos. A aproximação nas relações de trabalho e o compartilhamento entre os residentes de um mesmo campo de atuação possibilitaram a interação para a criação de atividades até então não realizadas naquele local. A partir destas propostas, os residentes puderam exercitar algumas ações com base na identificação de necessidades dos usuários e do serviço.

Por iniciativa da preceptoria foi instituída uma ficha de admissão multidisciplinar, com o propósito de integrar as avaliações das diferentes profissões e subsidiar o planejamento de ações. Esta ficha primeiramente serviu como exercício de visão global a partir da união das avaliações dos núcleos. Contudo sua utilização se restringiu ao preenchimento dos itens e seu conteúdo não era discutido. Assim, num primeiro momento, ela se mostrou útil na integração das avaliações dos residentes em relação a trocas sobre o preenchimento e qual parte seria de cada núcleo. Entretanto, não se manteve utilizada pelo grupo todo por ser um instrumento compartimentado e acabava por não subsidiar a prática de toda a equipe. Alguns núcleos, como a nutrição e fisioterapia, continuaram a utilizá-la como instrumento de coleta para o planejamento e seguimento do cuidado.

Outras iniciativas foram restabelecidas, como o grupo de familiares, que foi reiniciado após a contratação de novos profissionais para a preceptoria, antes da inserção dos residentes no campo. O grupo tinha o intuito de servir como um espaço de troca de experiências entre os familiares, mas também era previsto o esclarecimento de dúvidas sobre as rotinas e o tratamento. Já o grupo de atividades de lazer para pacientes internados foi um projeto elaborado pelos residentes e iniciado durante o primeiro ano. Este grupo funcionava exclusivamente como um espaço de descontração em contraponto ao estresse da internação e também era aberto a familiares. Ambos os grupos promoviam o compartilhamento de saberes entre profissionais e usuários e o aumento do vínculo e da confiança.

Durante o meu segundo ano de residência, devido a um surto de infecção hospitalar, para evitar a aglomeração de pessoas e mais disseminação de infecções, tais grupos foram suspensos. Os residentes da segunda turma ainda tiveram a experiência com estes grupos, contudo a partir do terceiro ano estas propostas se

perderam e não foram retomadas. Penso que seriam possíveis outros formatos para restabelecer estas atividades, de modo a burlar os impedimentos técnicos, contudo não houve este movimento. Como exemplo, cito os atendimentos individuais com o propósito recreativo para substituir as atividades no grupo de pacientes, isto era feito com os usuários que não estavam em condições de participar do grupo. Já no quarto ano, como é relatado no seminário realizado em 2012, após quase dois anos sem a realização dos grupos, há a iniciativa dos residentes de primeiro ano, de criar um grupo de sala de espera no ambulatório de Onco-hematologia.

A partir do relato das atividades práticas da RIS OH, podemos destacar alguns pontos importantes sobre ações integrais e multiprofissionais neste tipo de formação. Tais pontos são referentes a questões relacionadas à organização do serviço, ao trabalho em equipe e as vontades e possibilidades de ações dos trabalhadores e residentes relacionadas à integralidade da atenção. As reflexões em torno destes temas buscam entendimento sobre a assistência e a formação no contexto da RIS.

O modelo de organização do trabalho no hospital vem sendo intensamente afetado pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização. Com isso, “o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora” (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 966). O enfoque à complexidade dos problemas clínicos e do tratamento no campo da onco-hematologia acabam por mascarar a visão para a avaliação integral.

Tesser; Luz (2008, p.195 ) tomam a integralidade como um “grave problema para a biomedicina” devido à concretização do enfoque à doença e a dificuldade de exercê-la a partir da atual segmentação das ações. Referindo-se aqui, à integralidade como qualificadora de uma ação “o mais ampla e global possível e, ao mesmo tempo, precisa, que integre muitas dimensões de adoecimentos e da vida dos doentes”, levando em conta também o ponto de vista do paciente (TESSER; LUZ, 2008, p. 197). Considera-se, a partir disso, que a organização do serviço a partir da lógica biomédica diminui as possibilidades de ações baseadas na integralidade no que se refere à assistência dentro do contexto da saúde especializada.

Em relação à atenção hospitalar, entende-se que seja necessária a busca por um modelo mais envolvido com o cuidado e com a rede de atenção e não no

enfoque à doença e ao tratamento. Novos contextos de atenção dentro do hospital são discutidos por alguns autores em relação a ações baseadas na integralidade. Uma atenção hospitalar baseada na autonomia profissional e na responsabilidade clínica é citada por Campos; Amaral (2007) ao considerarem a reorganização do processo de trabalho a partir dos conceitos de clínica ampliada e gestão democrática. Cecilio; Merhy (2007) refletem em torno das possibilidades de aliar tecnologia e humanização para garantir o foco no paciente e suas necessidades dentro da atenção hospitalar. Estes conceitos, e alguns outros em relação a mudanças no modelo hospitalar, foram discutidos pelos residentes na primeira turma da RIS OH durante sua formação. A partir destes conhecimentos, pode-se ter idéia de que ações baseadas na integralidade necessitam estar inseridas no processo de trabalho. Contudo, fica a lacuna de como exercitar tais conhecimentos na prática.

Apesar do enfoque dado à atenção hospitalar na RIS OH outros campos também foram experimentados durante a formação. No primeiro ano a vivência concentrada em uma equipe proporciona o reconhecimento do campo da onco-hematologia, facilita a inserção num grupo de trabalho e a reflexão sobre este. No segundo ano, a diversidade de campos dificulta a inserção numa equipe e, com isso, que se façam proposições a respeito do trabalho realizado. Contudo, a passagem por vários serviços diferentes promove o aumento da visão sobre a organização da rede de atenção em saúde.

Os serviços de saúde mostram-se espaços de concentração de diversas profissões e especialidades, contudo o trabalho integrado entre elas não é garantido por esta situação. Percebe-se como fragilidades na implantação da RIS OH, a dificuldade de diálogo entre residentes e equipe fixa e também o não compartilhamento de espaços com a categoria médica. Tal situação demonstra que há diferentes percepções de saúde e também de projetos de cuidado que estão em disputa nos acordos estabelecidos no trabalho em saúde. Estes fatores foram amplamente discutidos ao longo dos dois primeiros anos, e continuam na turma atual, contudo esta integração ainda não se mostra efetivada.

O trabalho em equipe requer trocas contínuas de conhecimento e ações conjuntas. Entre os residentes da OH, as possibilidades de ações em conjunto e elaboração de grupos possibilitam o exercício do trabalho interdisciplinar, apesar de também não garantirem esta ação. As trocas intensas entre residentes a partir da residência multiprofissional, promoveram o conhecimento dos papéis dos núcleos



profissionais. Para os residentes da primeira turma da RIS OH, vivenciada pela autora, houve a necessidade de primeiramente conhecer melhor as outras profissões para trabalhar em equipe. Isto se deu, pois a interação com outros profissionais para gerar conhecimento a respeito de suas competências não lhes foi proporcionada anteriormente, seja pela universidade ou outras atividades na graduação. Acredito que tais exercícios de compartilhamento promoveram a compreensão a respeito das ações de campo e dos limites das ações dos núcleos, estimulando a integração no trabalho.

Mesmo inseridos em um campo de ação em que o processo de trabalho muitas vezes era baseado num modelo restritivo, os residentes da OH extrapolaram-no criando inovações dentro daquele serviço. Os grupos e atividades propostas representaram as vontades e possibilidades de ação que acompanharam a inserção do ensino no serviço. A residência tem em sua proposta para formação o trabalho em equipe e a integralidade da atenção, baseados nisto os residentes têm o respaldo para agir e propor dentro do serviço.

A cultura do trabalho em saúde ainda não agrega a função de ensino e pesquisa. Ao se transformar o ambiente de trabalho hospitalar em ambiente de ensino nos deparamos com relações de trabalho que não acompanharam as propostas de mudanças assistenciais. Há a transformação de um espaço exclusivamente de prestação de serviços em um local de ensino antes de trabalhar-se a modificação das relações de trabalho (Fajardo; Ceccim, 2010). A RIS faz este papel de incluir o ensino dentro do campo de prática e sofre as conseqüências deste campo não estar condizente com sua proposta para o que é o trabalho em saúde. Contudo, assim reforça seu papel de reflexão e indução de mudança no processo de trabalho.

#### **4 Terceiro Ato: Pausa para um Protagonismo**

O olhar que se põe sobre este tema parte de alguém que, incomodada com despreparo após a formação acadêmica, buscou na RIS por algo que complementasse as lacunas deixadas, principalmente no que se referia à experiência prática. Durante a residência são intensas as vivências a ponto de modificar as expectativas. Ao término desta formação, ao me deparar com o mundo do trabalho, sinto a necessidade de voltar a discutir esse tema.

Posso referir que minha graduação em enfermagem teve uma abordagem baseada no modelo biologicista, coincidindo com a realidade da formação na área de saúde referenciada por Ceccim; Feuerwerker (2004). Os estágios oferecidos circundavam o hospital quase que exclusivamente e essas experiências eram mais valorizadas, na sua maioria, tanto pelo corpo docente como pelos colegas. Experiências diferentes deste modelo se apresentavam em pequena oferta e/ou dependiam da iniciativa dos alunos.

Tendo como referencial este tipo de formação, a busca por uma pós-graduação do tipo residência não foi voltada para ampliar possibilidades de ação. Num primeiro momento, a expectativa foi de buscar uma maior atuação prática de assistência e o aprofundamento em uma área específica. Acredito que a formação acadêmica, no meu caso, não proporcionou oportunidades que promovessem a abertura para outras expectativas.

Ao iniciar a residência, deparei-me com uma proposta até então inovadora pra mim. Ainda não havia tido a experiência de trabalho integrado a outras profissões, apesar de ter convivido com elas em alguns estágios. A diversidade de campos de práticas e a visão de trabalho em rede também não tinham sido vivenciadas. Contudo, ao entrar na ênfase de Onco-Hematologia volto a integrar uma prática baseada no modelo hospitalar e me deparo com as dificuldades de um fazer baseado na integralidade.

Mesmo estando dentro de um hospital, em uma ênfase com um modelo de atenção voltado para as especificidades e o biologicismo como a Onco-Hematologia, foi possível, muitas vezes, quebrar esse paradigma. O grupo de residentes da primeira turma em 2009 buscou de forma intensa aprendizagens e experiências novas nas aulas e nas atividades, indo além do que era proposto e programado na organização da ênfase. Claro que sempre estiveram respaldados pela proposta do

programa de residência, com uma abertura para reflexão no trabalho e voltada para integralidade da atenção. Como exemplos têm os grupos recreativos dentro da internação, estágios na atenção básica e no Programa de Atenção Domiciliar, entre outros, sendo possível relacioná-los com o campo e o hospital.

Este tipo de formação proporcionou-me ir além e explorar outros campos ainda não visitados durante minha trajetória. A residência me possibilitou a experiência com a gestão e o controle social, componentes tão caros à qualificação do Sistema Único de Saúde. Fui representante dos residentes da minha ênfase, participando do colegiado de gestão da residência. Também participei de outros espaços que pensavam a residência tanto dentro do GHC como a nível nacional, como grupos de discussão e seminários avaliativos. Estas experiências não faziam parte do que estava desenhado para minha formação na RIS, contudo houve no GHC ou, no meu caso, o incentivo à ocupação dos espaços políticos. Espaços estes que estimularam a refletir sobre o ensino na área da saúde.

Após minha experiência entendo a RIS como campo de possibilidades a serem aproveitadas em relação à formação para a integralidade. Acredito que o modelo da RIS facilite o compartilhamento de idéias e ações, devido à grande permanência do residente no campo e a possibilidade de relação ensino-serviço. Apesar do serviço não ser modelo exemplar de uma atenção como proposta pelo SUS, cabe ao programa de residência dar suporte ao residente para que este tenha condições de trazer novas propostas ao trabalho, baseadas na sua reflexão.

As descobertas e experiências apresentadas são pessoais, e podem ser diferentes para cada um, contudo refletem uma vivência num processo de formação compartilhado por diversos atores em todo o país. A RIS me oportunizou refletir sobre a formação para a integralidade e a necessidade da interação ensino-serviço para melhoria das ações nestes campos. Atualmente trabalho na assistência, tentando manter o vínculo com o ensino. Após o término da residência, a busca por um trabalho em saúde baseado no cuidado e comprometido com a formação continua.

## 5 Cena Final: E a atuação continua...

A produção de ações baseadas na integralidade, isto é, nas reais necessidades do usuário e numa visão ampliada das ações na área da saúde, requer que nos debrucemos sobre os atuais processos de trabalho. Através de uma formação em consonância com os projetos do SUS se mostra possível consolidar a reorganização da atenção e dos serviços. Este estudo buscou a reflexão acerca da complexidade do trabalho em saúde baseado na integralidade da atenção a partir da formação para o trabalho.

A Residência Integrada em Saúde já surge em sua proposta inicial como promotora de mudança da formação e do trabalho. Ao estar inserida no campo de ação muitas vezes segue sua organização, como dentro do contexto hospitalar na experiência relatada. Contudo, a partir de seus princípios de organização, a RIS se apresenta como potência para inovações baseadas na integralidade. Cabe ao programa e aos residentes desempenharem papel ativo e propositivo, garantindo espaços para pensar a ação, e assim funcionando como gatilho de mudança da formação e do trabalho.

A vivência de formação/trabalho na residência se mostra intensa. O residente passa 60 horas semanais inserido num mesmo campo de ação/formação vivenciando sua realidade e tendo o compromisso de mudança da prática. A RIS e os aprendizados gerados por ela podem ser tomados tanto como experiência de trabalho como para vida.

Ao decorrer da formação na residência, o olhar ao redor do que acontece no trabalho em saúde ora vai se ampliando, ora vai se focando em determinada necessidade. Há o exercício numa diversidade de campos, ações e profissões que acabam aumentando a visão da realidade e da rede de atenção. As possibilidades de ação, ao mesmo tempo que se focam para determinada necessidade de saúde, são cada vez mais variadas e com a participação de diferentes atores. O aprendizado ocorre num movimento contínuo de formação e deformação do indivíduo e do serviço, pela construção de novos aprendizados e mudança das práticas.

O processo de consolidação do SUS exige o reforço da relação ensino-serviço e cada vez mais se trabalha para isto. A partir desta aproximação surgem novas possibilidades na tentativa de atravessar as fronteiras do academicismo e do

biologicismo. A Política de Educação Permanente, juntamente com as Residências Multiprofissionais, projetos como ver-SUS e PET-Saúde, abrem portas para se estabelecer uma maior inserção da formação no campo de trabalho e a discussão destes processos acontece de forma gradual. Além do mais, a construção do SUS continua a despertar...

*"Esta é uma obra de ficção, qualquer semelhança com nomes, pessoas, fatos ou situações da vida real terá sido mera coincidência".*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. 2007. **Teatro em todos os tempos por Marcos Alves**. Disponível em: <<http://marcosalves.arteblog.com.br/>>. Acesso em: 06 de fev. 2013.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G; BRASIL, S.L; Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador:Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v.31, *Supl.1, jun. 2007. p.20-3*

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia**. Organização Luiz Claudio Santos Thuler, Anke Bergmann – Rio de Janeiro: INCA, 2012.149p.

\_\_\_\_\_. **Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC – Ano 2009**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/risprojeto.pdf>. Acesso em: julho de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**: pólos de educação permanente em saúde conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**, instituída pela Portaria GM/MS no 198, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde,2004b.

\_\_\_\_\_. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. **Portaria nº 109/2004**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2004c.

\_\_\_\_\_. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

CAMARGO JR, K.R. **Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade**. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, orgs. Rio de Janeiro: UERJ, 5ed., IMS: ABRASCO, 2007. 232p.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**.Rio de Janeiro: ABRASCO. v.5, n.2, 2000. p.219-230.

CECCIM; R. B.; **Residências em Saúde**: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha e Vera Lúcia Pasini (orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010. p. 17-22.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. Botucatu/SP: UNESP. vol. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005. p.161-77

\_\_\_\_\_. **Equipe de Saúde:** as perspectivas Entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Cuidado: as fronteiras da Integralidade. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2004. 320p.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M.; **Ensino da Saúde como Projeto da Integralidade: a educação dos profissionais da saúde no SUS.** In: Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Roseni Peinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos (orgs). 2ed. Rio de Janeiro:IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO,2006, 336p.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde.** Rio de Janeiro:EPSJV/FIOCRUZ. V.6, n.3, p.443-456, nov. 2008-fev. 2009a.

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009b. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 21 de fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Residência Integrada em Saúde:** uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben A. Mattos (orgs). Rio de Janeiro: UERJ, 5ed, IMS: ABRASCO, 2007. 228p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, v.14, n.1, 2004. p.41- 65

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar.** In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben A. Mattos (orgs). Rio de Janeiro: UERJ, 5ed, IMS: ABRASCO, 2007. 228p.

CESTARI, M.E.W.; ZAGO, M.M.F.; A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI, **Rev. Brasileira de Enfermagem**,Brasília: ABEN, mar-abr; v.58, n.2, 2005. p. 218-221.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSPSA/FIOCRUZ, v. 20, n. 3, Jun. 2004. p. 780-788.

FAJARDO, A.P.; CECCIM R.B. **O trabalho da Preceptoria nos Tempos de Residência em Área Profissional da Saúde.** In: Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer

Rocha e Vera Lúcia Pasini (orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010. p. 191-210.

FARJARDO, A. P. *et al.* **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS.** In: Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha e Vera Lúcia Pasini (orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010. p.115-126.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, Luiz C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 12, n. 4, Ago. 2007. p. 965-971.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. **A Representação e a Experiência da Doença: princípios para a pesquisa qualitativa em Saúde.** In: Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Minayo M. C. S.; Deslandes S.F. (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: Área de Ênfase Hematologia/Oncologia.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas: ANPEd, v. 1, n. 19, jan./abr. 2002. p.20-28.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO. v.12,n.2, 2007. p.335-342.

MARTINS,A.R. *et al.* **Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto.** In: Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha e Vera Lúcia Pasini (orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.p.75-90.

MATTOS, R.A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Matos (orgs). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 5ed, 2006.

MENDES, J.M.R.; LEWGOY, A.M.B.; SILVEIRA, E.C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre: PUC/RS, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

OLIVEIRA, C.F.; GUARESCHI, N.M.F. **Formação de Profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimento?** In: Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha e Vera Lúcia Pasini (orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010. p.91-114.



PEDUZZI, M. **Trabalho em Equipe**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>. Acesso em 24 de fev. de 2013.

\_\_\_\_\_. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. São Paulo: FSP/USP, v. 35, n.1, p.103-9. 2001.

PINHEIRO, R. **Integralidade em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 21 de fev. de 2013.

PINHEIRO, R; CECCIM, R. B. **Experienciação, formação, conhecimento e cuidado**: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde / Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos (orgs). 2. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. 336p.

RÚMEM, F. A. **Complexidade e Transdisciplinaridade em Saúde**. In: Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado. Maria Teresa Veit (org). ABRALE. São Paulo: HR Gráfica e Editora. 2009. 336p.

ALVES da SILVA, Q.T.; CABALLERO R.M.S. **A Micropolítica da Formação Profissional na Produção do Cuidado**: Devir-residência. In: Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha e Vera Lúcia Pasini (orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010. p.61-74.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades Médicas e Integralidade. **Ciência & Saude Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.13.n.1,2008.195-206.