



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LÁZARO SOUZA DA SILVA

CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA AS
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

SALVADOR

2016

LÁZARO SOUZA DA SILVA

**CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA AS
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Josicelia Dumêt Fernandes

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Rosana Maria de Oliveira Silva

SALVADOR

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S586 Silva, Lázaro Souza da.

Contribuição da residência em enfermagem para as organizações hospitalares / Lázaro Souza da Silva. - Salvador, 2016.

81 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Josicelia Dumêt Fernandes.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosana Maria de Oliveira Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Internato e residência. 2. Capacitação de pós-graduação em enfermagem - Internato não médico. 3. Enfermagem - Especialização. 4. Hospitais de ensino. 5. Capacitação profissional. 6. Capacitação em serviço. 7. Qualidade da assistência à saúde. I. Fernandes, Josicelia Dumêt. II. Silva, Rosana Maria de Oliveira. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU: 616-083

LÁZARO SOUZA DA SILVA

**CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA AS
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

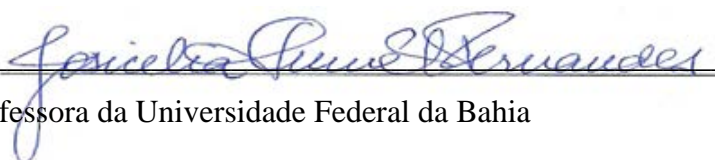
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”. Linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

Aprovado em: 25 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Josicélia Dumêt Fernandes

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia




Giselle Alves da Silva Teixeira

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia



Gilberto Tadeu Reis da Silva

Doutor em Ciências e Professor da Universidade Federal da Bahia



Larissa Chaves Pedreira

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais, **Marialina e Erivan**, ao meu irmão **Paulo Ícaro** e a minha noiva **Jaqueline**, pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida e por guiar meus passos auxiliando-me a transformar dificuldades em lições.

Aos meus familiares, em especial ao meu Pai Erivan, minha Mãe Marialina e meu irmão Paulo Ícaro, pelo apoio, amor, carinho e força durante toda a minha vida.

Ao amor da minha vida, Jaqueline, por entender e apoiar cada passo e cada ausência nesse caminho, dando-me força com suas palavras e colaborando com um grande poder de resolutividade diante das dificuldades enfrentadas no dia a dia.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Josicélia Dumêt Fernandes, pela orientação, aprendizado e confiança depositada em mim e na conclusão desse trabalho.

À minha co-orientadora, Prof^ª Dr^ª Rosana Maria de Oliveira Silva, pela virtude da paciência, da sabedoria e do conhecimento, conduzindo a co-orientação como a arte de ensinar.

Aos membros da Banca examinadora pela disponibilidade de tempo e conhecimento ao contribuírem para o enriquecimento deste estudo: Prof^º Dr^º Gilberto Tadeu, Prof^ª Dr^ª Larissa Chaves Pedreira e Dr^ª Giselle Teixeira.

Aos Grupos de Pesquisa EXERCE e GEPASE pelas discussões e trocas de experiência, aprendizado, amizades e oportunidades de crescimento como pessoa e como profissional.

Às Gestoras e aos Gestores das Organizações Hospitalares, que disponibilizaram seu tempo para realização das entrevistas desse estudo, sem vocês esse estudo não seria possível.

Às Organizações Hospitalares, parceiras desse estudo, pelo acolhimento.

Aos amigos e amigas do mestrado, pelas palavras de incentivo ao vivenciar a experiência no primeiro ano do curso. Ao corpo docente e secretários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela experiência e apoio.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo compromisso firmado em minha qualificação profissional e pelo apoio financeiro por meio da bolsa concedida.

SILVA, Lázaro Souza da. **Contribuição da Residência em Enfermagem para as Organizações Hospitalares**. 2016. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 2016.

RESUMO

O estudo enfoca a contribuição do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. O objetivo geral consiste em analisar as contribuições do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. Como objetivos específicos, tem-se: caracterizar as organizações hospitalares que são cenários de treinamento em serviço para enfermeiras do curso residência multiprofissional e em área profissional da saúde; e identificar as contribuições dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cujo método utilizado foi a entrevista semiestruturada. O estudo foi realizado em quatro organizações hospitalares que são cenários de treinamento em serviço para as residentes no município de Salvador, no estado da Bahia. Constituíram-se participantes dessa pesquisa quatro gestores responsáveis institucionalmente pela concessão dos cenários de prática para o treinamento em serviço do programa. Utilizou-se como instrumento de coleta das informações um roteiro, que foi aplicado na entrevista semiestruturada, gravada e submetida à Análise de Conteúdo de Bardin. As contribuições do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares na perspectiva do gestor, identificadas nesse estudo, revelam que ela promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço pois mobiliza as enfermeiras dos cenários para o aperfeiçoamento profissional, melhora a qualidade da assistência, e forma profissionais qualificados para a organização hospitalar formadora e para o mercado de trabalho. Concluiu-se que a melhoria da qualidade da assistência prestada e a formação de profissionais qualificados foram as contribuições mais significativas para as organizações hospitalares. Ademais, os dois maiores objetivos do programa de residência para o Sistema Único de Saúde (SUS) foram alcançados, pois o programa de formação para profissionais da saúde contribuiu significativamente para que ocorram mudanças positivas no cenário da assistência em saúde. Justifica-se, portanto, o investimento dos ministérios e das organizações conveniadas.

Palavras-Chave: Internado não Médico. Especialização. Enfermagem.

SILVA, Lázaro Souza da. **Residency Program's contribution and Nursing for Hospital Organizations**. 2016. 81 f. Dissertação (Master's degree in nursing). Nursing School of the Federal University of Bahia. 2016.

ABSTRACT

The study focuses on the contribution of multidisciplinary residency program and professional health nursing for the hospital organizations. The general objective is to analyze the contributions of the multidisciplinary residency program and professional health nursing for the hospital organizations. The specific objectives are: to characterize the hospital organizations that are training scenarios in service for nurses of multi-residence course and the health and professional; and identify the contribution of multidisciplinary residency programs and occupational health nursing for the hospital organizations. It is an exploratory study, with a qualitative approach, and the method used was semi-structured interview. The study was conducted in four hospital organizations that are training scenarios in service for residents in the city of Salvador, in the state of Bahia. It is constituted as participants of this research four institutional managers responsible for granting the practice scenarios for the program. It was used as a tool for collecting information a road map, which was applied to the semi-structured interview, recorded and submitted to Bardin Content Analysis. The contributions of the multidisciplinary residency program and professional health nursing for the hospital organizations in the perspective of the manager, identified in this study, reveal that it promotes changes in training scenarios in service, by mobilizing nurses' scenarios for professional development, improves the quality of care, and so qualified for forming hospital organization and the labor market. I conclude that the improvement of care quality and training of skilled professionals were the most significant contributions to the hospital organizations. Otherwise, the two major goals of the residency program for the Brazil's Unified Public Health System (SUS) have been achieved, because the training program contributes significantly to occur positive changes in the health care setting. That justifies therefore the ministries and the partner organizations investment.

Key-words: Internship, Nonmedical. Specialization. Nursing.

SILVA, Lázaro Souza da. **La contribución de la Residencia en Enfermería para las Organizaciones Hospitalarias**. 2016. 81 f. Dissertação (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería de La Universidade Federal de Bahia. 2016.

RESUMEN

El estudio se centra en la contribución del programa de residencia multidisciplinar y enfermería de salud profesional para las organizaciones hospitalarias. Tiene como objetivo general analizar las contribuciones del programa de residencia multidisciplinar y enfermería de salud profesional para las organizaciones hospitalarias. Los objetivos específicos son: para caracterizar las organizaciones hospitalarias que están entrenando escenarios en el servicio para las enfermeras, por supuesto, múltiples residencia y el de la salud y profesional; identificar la contribución de los programas de residencia multidisciplinarios y enfermería de salud ocupacional para las organizaciones hospitalarias. Se trata de un estudio exploratorio con abordaje cualitativo, el método utilizado fue la entrevista semi-estructurada. El estudio se realizó en cuatro organizaciones hospitalarias que están entrenando escenarios en el servicio para residentes en la ciudad de Salvador, en Bahía. Constituían los participantes de esta investigación cuatro gerentes institucionales responsables de la concesión de los escenarios de práctica para el programa. Fue utilizado como una herramienta, para la recopilación de información, de una hoja de ruta, que se aplicó a la entrevista semiestructurada, grabado y presentado a Bardin Análisis de Contenido. Las contribuciones del programa de residencia multidisciplinar y de enfermería profesional de la salud para las organizaciones hospitalarias en la perspectiva del gerente, identificado en este estudio revelan que: promueve cambios en los escenarios de formación en servicio desde moviliza enfermeras escenarios para el desarrollo profesional y mejora la calidad de la atención, por lo que se clasificó para la formación de la organización hospitalaria y el mercado laboral. Mi conclusión es que la mejora de la calidad asistencial y la formación de profesionales cualificados fueron los aportes más significativos a las organizaciones hospitalarias. Además, los dos principales objetivos del programa de residencia para el Sistema Único de Salud (SUS) se han alcanzado, porque el programa de formación contribuye significativamente a ocurrir cambios positivos en el ámbito de la atención de la salud. Justifica, por lo tanto, la inversión de los ministerios y de las organizaciones asociadas.

Palabras-Clave: Internado no Médico. Especialización. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Caracterização das Organizações Hospitalares, quanto a esfera administrativa, número de leitos por especialidades, cenários de prática do programa de residência e tempo que participa do programa de residência Salvador, Bahia, 2016. **39**

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Categoria I – Mudanças no cenário de prática e as subcategorias, segundo as participantes. Salvador, Bahia, 2016 **36**
- Figura 2** – Categoria II – Mudanças no cenário de prática e as subcategorias, segundo as participantes. Salvador, Bahia, 2016 **37**
- Figura 3** – Síntese das categorias e subcategorias relacionadas à contribuição do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares, segundo os gestores. Salvador, Bahia, 2016 **41**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONARENF	Comissão Nacional de Residência em Enfermagem
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EXERCE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Ética/Bioética, Educação e Exercício da Enfermagem
GEPASE	Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde

RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SisCNRMS	Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
II SNRMS	II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SNRMS	Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA COMO MODALIDADE DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS PARA O SUS	20
2.1 POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS	20
2.2 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM ENFERMAGEM	22
2.3 CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM ENFERMAGEM	27
3 METODOLOGIA	29
3.1 TIPO DO ESTUDO	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO	30
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES	30
3.4.1 Instrumento da coleta	30
3.4.2 Procedimento de coleta	32
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	33
3.6 FINANCIAMENTO DA PESQUISA	34
3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA EMPÍRICA	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	38
4.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS	41
4.2.1 Categoria I - Promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço	41
4.2.1.1 Subcategoria I - Melhora a qualidade da assistência	42
4.2.1.2 Subcategoria II - Mobiliza enfermeiras dos cenários para o aperfeiçoamento profissional	43

4.2.2 Categoria II - Formação de profissionais qualificados	45
4.2.2.1 Subcategoria I - Para a organização hospitalar formadora	45
4.2.2.2 Subcategoria II - Para o mercado de trabalho	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A - REVISÃO DA LITERATURA - ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA	58
APÊNDICE B - MATRIZ PARA CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	71
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	72
APÊNDICE D - CARTA CONVITE	73
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXO I - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	77

1 INTRODUÇÃO

Primeiramente, cumpre apresentar que esse estudo tem como objetivo analisar as contribuições do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em Enfermagem para as organizações hospitalares.

A Residência em Enfermagem pode ser Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde, regulamentada em 2005 com a publicação da Lei nº 11.129 (BRASIL 2005), apresenta-se como uma estratégia de formação de recursos humanos em saúde, que visa o treinamento em serviço para aquisição de domínio técnico e científico de uma determinada área de conhecimento, bem como atender às necessidades de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (CARGOBIM, et al, 2010; GOULART, et al, 2012).

O curso de residência em enfermagem surgiu no Brasil, na década de 70, visando complementar a formação da enfermeira recém-graduada, para responder às demandas do mercado de trabalho (SILVA, 2013), expandindo primeiro na região sudeste e, logo após, em todo país.

A expansão dos cursos de residência, desencadeou uma série de conferências, oficinas e seminários, promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem e pelo Conselho Federal de Enfermagem sobre a temática, a partir da percepção de que muitos cursos estavam sendo estruturados com equívocos, de forma que dificilmente confeririam título de especialista às enfermeiras (CARBOGIM, et al, 2010).

A preocupação em discutir os programas de residência em enfermagem ocorreu ao se perceber que muitas enfermeiras eram absorvidas pelas organizações de saúde como mão-de-obra menos custosa por auferir baixa renda, do que como profissionais que necessitavam aperfeiçoar suas práticas. Fator este, de certo, prejudicial à qualidade da formação.

Nesse sentido, o programa de residência em enfermagem habilita a enfermeira por meio da articulação entre o conhecimento teórico e prático, pela formação em serviço em organizações de saúde com vistas ao desenvolvimento e funcionamento do SUS, por abranger áreas de conhecimento voltadas à produção da atenção integral ao usuário e considerar o perfil epidemiológico de cada região brasileira (CECCIM, 2009).

Sob tal ótica, os cursos de especialização na modalidade residência para enfermeiras devem priorizar conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem, inseridos nas Redes de Atenção à Saúde, bem como os princípios do SUS, para possibilitar transformações nas

práticas de saúde com o envolvimento da gestão, atenção, formação, descentralização e participação social (GOULART, 2012).

Nessa perspectiva, Silva (2010) adverte que o SUS tem como desafios garantir acesso com qualidade em tempo oportuno a todos os cidadãos brasileiros; proporcionar a distribuição de profissionais em diversas regiões, atendendo assim ao princípio da descentralização; estimular abertura de novos cursos e programas de residência; e eliminar a desarticulação do trabalho multiprofissional nos serviços de saúde.

A Política de Recursos Humanos proposta pelo SUS, em 2005, regulamentou os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, ampliando o número de vagas e bolsas.

Segundo o Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) (BRASIL 2012a), existem atualmente no Brasil, um total de 273 programas, desses, 179 são de residência multiprofissionais e 94 de residência em área profissional. O Estado da Bahia, especificamente, oferece 10 programas (BRASIL, 2014).

Ainda com base nos dados do SisCNRMS, em relação ao número de cursos, existem no Brasil, 973 cursos de Residência multiprofissional e em área profissional de saúde. Na Bahia, esse número é de 36 cursos. Em se tratando do número de bolsas, existem 1.480 bolsas disponíveis para enfermeiras em todo Brasil e disponibilizadas 110 para o Estado da Bahia (BRASIL, 2014).

Contudo, fazendo uma análise dos editais nº 17 e nº 18 de 2011, nº 28 de 2013 e nº 32 de 2014, percebemos que o número de programas de residência para enfermeiras em 2011 era de 145 Programas; em 2013, subiu para 286 programas; e, em 2014, caiu para 273 programas. Todavia, houve ampliação no número de bolsas de 1.118 para 1.480. No Estado da Bahia, por sua vez, a quantidade de programas aumentou de 07 para 10 e o número de bolsas seguiu o mesmo acréscimo: partindo de 82 para 110 bolsas. (BRASIL, 2014).

Pode-se inferir, através dos dados do último edital analisado em nível nacional, que, mesmo com o investimento constante do governo e da parceria interministerial do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, houve ampliação do número de bolsas para os cursos de residência, porém retração no número de programas de residência. Fato que nos suscita a pensar quais as razões que poderiam levar as instituições formadoras a não mais oferecerem o curso, partindo do pressuposto da valiosa contribuição do mesmo para os residentes, egressos e serviços.

As contribuições dos programas de residência se conectam, ademais, ao papel dos gestores responsáveis pelo gerenciamento de recursos humanos das organizações hospitalares,

no sentido de articular a oferta de campos de práticas – para a formação de recursos humanos para o SUS – e a qualificação de profissionais.

Lemos e Rocha (2011) afirmam que a gestão dos cursos de residência para enfermeiras possui papel fundamental, cabendo-lhes a melhoria contínua da qualidade por meio da captação de recursos e incentivos à formação especializada de profissionais. Objetiva-se, assim, atender às necessidades de sua organização e do SUS ao qualificar profissionais em saúde, sendo esta uma contribuição intrínseca dos cursos de residência.

Diante da expressiva importância que se faz um Programa de Residência, o qual envolve diversas parcerias para sua realização, dentre as quais tem-se o Ministério da Educação e da Saúde, as Instituições de Ensino Superior e Organizações de Saúde, as enfermeiras residentes, por sua vez, têm o papel de prestar uma atenção assistencial qualificada e integral, contribuindo para qualidade dos serviços de saúde.

Partindo desse panorama que revela a importância do Curso de Residência em Enfermagem, o estudo se justifica pelo fato de apresentar uma realidade ainda pouco conhecida e examinada.

Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (APÊNDICE A), que resultou em 20 (vinte) artigos. Os estudos de Carbogim, et al (2010) e Maxwell (2011) revelam conhecimentos já construídos sobre a visão do residente e seu ingresso no mercado de trabalho, evidenciando as contribuições dos cursos de residência, na vida profissional das egressas em enfermagem. Relatam estas que os cursos de residência foram fundamentais para a qualificação profissional e para aquisição de empregos mais valorados no mercado de trabalho.

Goulart (2012) e Anderson, Hair e Todero (2012) trazem à tona a percepção das enfermeiras como preceptoras nos cenários de prática que relatam o aprendizado profissional proporcionado através da atualização de novas técnicas e estudos pelo programa de residência e também contribuições relacionadas ao reconhecimento profissional.

São evidenciadas ainda as contribuições no saber profissional das enfermeiras egressas do curso de residência, no aprofundamento do conhecimento técnico/científico, no desenvolvimento de maior segurança na realização das técnicas assistenciais, que leva a uma prestação da assistência de forma integral, humanizada e à formação de um profissional mais capacitado para atuar nos processos de trabalho em saúde (SILVA, et al, 2014; CHEADE, et al, 2013).

Observamos que os estudos existentes não avançam com objetividade em relação às contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em

enfermagem para as organizações hospitalares. Nesse sentido, podemos afirmar que não há estudos que revelem essas contribuições.

Dessa forma, entende-se que a falta de informações sobre as contribuições do curso de residência para as organizações hospitalares, relacionada à necessidade no aumento no número de programas e vagas, dificulta a continuação desse programa de formação de recursos humanos para o SUS, de forma eficaz e com maiores impactos acadêmicos e sociais.

Através da elucidação desse problema, foi levantada a seguinte questão de pesquisa: Quais as contribuições do Programa de Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares?

Para alcance de respostas a esse questionamento, foram traçados os seguintes objetivos.

Objetivo Geral:

Analisar as contribuições do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar as organizações hospitalares que disponibilizam cenários de treinamento em serviço para enfermeiras do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde.

- Identificar as contribuições dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares.

- Descrever as contribuições dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares.

Espera-se, com este estudo, evidenciar as contribuições do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares, a fim de fortalecer estratégias que visem a ampliação, com qualidade, do número de programas de Residência.

2 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA COMO MODALIDADE DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS PARA O SUS

2.1 POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

Na década de 1980, com o processo nacional de redemocratização, surgem mudanças conjunturais que refletiram no campo da educação e da saúde, atingindo consequentemente a enfermagem.

A criação do SUS, nesta mesma década, gerou enorme impacto em todo cenário político-social do país e, com isso, começou a vir à tona a discussão sobre a formação de recursos humanos para saúde.

Segundo Gonçalves (1993), Recursos Humanos é tudo aquilo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS. Posto isso, a noção de recursos humanos será definida, no presente trabalho, como todas as atividades associadas à capacitação de profissionais – em formação ou não – dentro da organização hospitalar (MORICI, 2011). Correlaciona-se, também, com Gestão de Pessoas¹, já que a área de Recursos Humanos deixou de ser um simples departamento de pessoal para funcionar como um agente de transformação em uma organização (SOVIENSKI; STIGAR, 2008).

Em consonância com Paim (1994), a noção de Recursos Humanos em Saúde (RHS) começou a ser estudada a partir dos anos 1960 e, apenas na metade da década de 1970, é possível identificar o progressivo processo de institucionalização da área. Nessa década, destaca-se a experiência obtida no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), que teve como propósitos centrais a capacitação de pessoal de nível médio elementar e o apoio à criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados.

¹“A Gestão de Pessoas é caracterizada pela participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento do bem mais precioso de uma organização, que nada mais é do que as pessoas que a compõe, cabendo-lhe a nobre função de humanizar as empresas” (SOVIENSKI, STIGAR, 2008, pág. 54).

A área de RHS teve pequena relevância no período anterior à formação do SUS, aparecendo como questão de menor repercussão no sistema de saúde nacional. No entanto, é possível afirmar que a área passa a adquirir maior nitidez com a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) e que a estruturação da área de RHS seguiu as recomendações expostas na VIII CNS (FIOCRUZ, 2005).

A VIII CNS, realizada em 1986, foi um marco na história das conferências nacionais de saúde, principalmente pela criação do SUS e construção dos seus princípios, consagrados, posteriormente, com a Constituição Federal de 1988.

Em 1990, são aprovadas as leis nº 8.080/90 e 8.142/90 que definem os objetivos e atribuições do SUS. Dentre os principais objetivos dos SUS, está a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Permitiu-se daí indagar o efeito dos novos requisitos propostos sobre as exigências de formação/qualificação profissional dos trabalhadores da saúde.

Cumprir destacar que o movimento da Reforma Sanitária trouxe a urgência de se pensar a força de trabalho em saúde tanto no seu aspecto de gestão como sobre a formação dos trabalhadores. Com esse entendimento, a VIII CNS apontou como desdobramento a necessidade de um fórum que discutisse e engendrasses propostas e demandas relativas aos RHS. Foi encaminhada, então, a realização de uma conferência em nível nacional sobre os recursos humanos em saúde.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde ocorreu no mesmo ano da VIII CNS seguindo suas recomendações. Como pautas principais foram discutidas a falta de incentivos para a qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de RH, a baixa remuneração dos trabalhadores e as desfavoráveis condições de trabalho (BRASIL, 1993).

Por sua vez, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, apresentou como principal pauta a ausência de uma política de RH que contemplasse um plano de cargos, carreira e salário no sentido de favorecer a implantação do SUS (FIOCRUZ, 2005).

Em meio às discussões ocorridas na década de 1990 sobre Recursos Humanos para o SUS, a publicação da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS só veio a ocorrer no ano de 2002 (FIOCRUZ, 2005).

A Política de Recursos Humanos para SUS representa escolhas sobre cursos de ação e procedimentos que interessam à razão pública e a determinadas noções de bem estar público – social e econômico – e de boa convivência. Tais questões se relacionam com a regulação da distribuição de diversos bens.

Esses referidos bens são descritos como o conjunto de perfil de Recursos Humanos oferecidos aos usuários dos serviços de saúde: empregos, salários, remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada oferecidos pelo sistema de utilização; oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual, quanto no coletivo (BRASIL, 2003).

Em seu bojo, a política ainda traz estratégias de intervenções para formação e preparação para o trabalho em saúde ao citar, os pólos de capacitação para saúde da família, a formação de nível superior com o programa de incentivos a mudanças curriculares, a capacitação para gestão e gerência e a educação continuada.

Descreve, ademais, o incentivo à construção de novos programas concernentes à especialização de profissional.

No próximo capítulo trazemos o aspecto histórico da criação do Programa de Residência Multiprofissional em saúde e sua conformação atual.

2.2 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM ENFERMAGEM

A Residência em Enfermagem, de acordo com o Art. 2º da Resolução COFEN nº 259/2001, configura-se na modalidade de pós-graduação *Lato Sensu* destinada a enfermeiras e caracterizada por desenvolver competências técnico-científica e ética decorrentes do treinamento em serviço (BRASIL, 2001).

O primeiro Programa de Residência na área da Enfermagem surgiu na década de 1970 e, diferente da Residência Médica, teve uma evolução mais lenta, expandindo-se com maior ênfase somente nos meados desta década (CARBOGIM, et al, 2010).

Nesse movimento de acompanhar as novas tendências do mercado de trabalho, junto à expansão industrial e à grande expansão da Residência Médica, na década de 1970, foram criados sete cursos de Residência de Enfermagem nas seguintes instituições: Universidade Federal de Pernambuco (1974); Universidade Federal Fluminense (1975); Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (1976); Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; Hospital Barros Barreto, no Pará (1977); Universidade Federal da Paraíba; e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1978) (LOPES, 1999).

Diante do aumento expressivo dos cursos, junto à inexistência de legislação e/ou critérios normatizadores, no ano de 1978, a Associação Brasileira de Enfermagem (seção Rio de Janeiro) realizou o primeiro seminário sobre residência em enfermagem, com o objetivo de aprimorar a prática profissional na área de especialização prevista e elevar o padrão da assistência prestada (JUSTINO, et al, 2010).

Na década de 1990, surgiram outras residências em Enfermagem, particularmente, em São Paulo que era considerada grande centro de referência para especialidades. Desse modo, com a expansão dos cursos de residência, no ano de 1994, em Salvador, foi realizada, pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), uma Oficina de Trabalho com tema: “Residência de Enfermagem no Brasil”. Não obstante, houve posicionamentos céticos por parte dos participantes que achavam que a residência serviria para suprir déficits da graduação e de pessoal do hospital, não causando mudanças que impactassem na saúde dos indivíduos (CARBOGIM, et al, 2010).

Contudo, nesta oficina, foi elaborado um documento com propostas e diretrizes e, no mesmo ano de 1994, no Seminário Nacional do Sistema COFEN/CORENs, foi redigido um projeto de lei para regulamentar a residência, o qual foi encaminhado ao Congresso Nacional para apreciação (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004; CARBOGIM, 2010).

Até então não havia uma Lei que regulamentasse o Programa de Residência em Enfermagem no Brasil. Existia sim o Projeto nº. 2.264 de 1996 que estabeleceu a residência de enfermagem como um programa específico que seja capaz de abranger a assistência, a educação em saúde, a administração e investigação científica.

No ano de 2001, o COFEN publicou a Resolução nº 259/2001, a partir da qual fica concedido o título de especialista às profissionais enfermeiras egressas dos Programas de Residência em Enfermagem que cumpram as determinações de seu texto: realização de cursos com duração mínima de 18 meses, correspondendo a um total mínimo de 2.960 (duas mil novecentos e sessenta) horas, em regime não inferior a 40 horas semanais, assegurando 20% da carga horária total semanal para atividades teóricas.

Ainda com a intenção de melhorar a regulamentação dos Programas de Residência Nacional, o COFEN, em 2003, aprovou o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (CONARENF) por meio da decisão nº 064/2003 que tem por finalidade orientar e estabelecer normas para o efetivo cumprimento da Resolução do COFEN (CARBOGIM, 2010).

Frente às discussões para regulamentação dos Programas de Residência, à publicação da política nacional de recursos humanos para o SUS em 2002, e diante da notável

contribuição já sensíveis nas experiências que ocorriam, houve expansão e melhoria dos programas de residências para a área da Enfermagem em 2005.

Nesse ano, foi criada a Residência em Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde pela publicação da Lei nº 11.129 que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), dando início ao processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).

Foram elaboradas, então, pelo Ministério da Saúde (MS) e por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), as portarias que regulamentam a Lei e que subsidiam o financiamento das RMS.

A RMS foi instituída, em novembro de 2005, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117; e a Portaria Interministerial nº 2.118 formalizou a ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da integralidade. Ela instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação e para o desenvolvimento de RMS. (BRASIL, 2006; CHEADE, et al, 2013).

Concomitante à regulamentação da Lei, o Deges intensificou também um processo de socialização e ampla discussão sobre o tema com a participação do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em dezembro de 2005, teve como escopo iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, a fim de avançar na obtenção de subsídios. Aduziu os seguintes temas: estratégias para a construção da multidisciplinaridade; construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde; composição da Comissão Nacional de RMS (CNRMS) com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação; e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema (BRASIL 2006).

Este movimento teve continuidade em 2006, quando o Deges, em parceria com o CNS e com o Fórum de Residentes Multiprofissionais em Saúde, iniciou a realização de seminários regionais para discutir a RMS e dar seguimento ao seu processo de regulamentação.

O tema principal dos seminários regionais foi a definição da composição e das atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Baseou-se, como ponto de partida das discussões, no relatório produzido pelo I Seminário Nacional (BRASIL, 2006).

Todos esses seminários serviram de preparatória para o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (II SNRMS), em que foi apresentado como produto de longos debates, a composição da CNRMS.

A dimensão político-institucional desse movimento é dada a partir da implantação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais, o que, por um lado, aprofundaria a relação com o MEC e, por outro, consolidaria o campo da gestão da educação como estratégia fundamental em busca de alternativas que levassem à consolidação do SUS. Paralelo a isso o Deges se reorganizava no sentido de dar conta da ampliação do número de projetos pleiteantes de apoio do MS. Este esforço objetivou manter e estabelecer novas parcerias com as instituições de ensino e as secretarias de saúde interessadas em formar profissionais habilitados para o trabalho em equipe (BRASIL, 2006).

A ampliação do número de projetos de RMS, construídos pelas várias regiões do País, apresentava significativas diferenças no valor residente por programa, financiado pelo MS.

Para estabelecer um padrão de análise dos programas afinados com a Política Nacional de Educação para o SUS, o Deges elaborou critérios de análise a serem observados na acreditação destes projetos com base na legislação vigente. Com os novos critérios de análise, tendo como base as peculiaridades dos sistemas de saúde locorregionais, pretendeu-se valorizar a estratégia pedagógica com foco na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos nos serviços, além de racionalizar a construção dos projetos por meio da definição mais clara das funções de cada um dos parceiros quanto ao desenvolvimento e financiamento (BRASIL 2006).

Nesse sentido, os Programas de RMS existentes no Brasil, regulamentados como Pós-Graduação *Latu Sensu*, intentam o rompimento com os paradigmas da formação de profissionais para o SUS, bem como auxiliam na qualificação dos serviços de saúde ofertados às comunidades.

Seguindo por essa perspectiva, é possível aduzir que ela se apresentou como uma estratégia do Estado com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde, no âmbito da implantação do SUS, por meio da formação em serviço (GOULART, et al, 2012).

Esses programas externam uma variedade de desenhos metodológicos, mas todos, em uníssono, defendem a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico (BRASIL, 2006).

A especialização em formato de Residência foi regida pela publicação da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que foi revogada pela Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Esta, por sua vez, foi alterada pela Portaria Interministerial nº 1.224, de 03 de outubro de 2012 (BRASIL, 2007, 2009, 2012b).

Em 2010, a CNRMS lançou duas resoluções definindo carga horária, duração das residências, organização, funcionamento e atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde (COREMU). Atualmente os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde têm a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, desenvolvidas com 80% da carga horária total, sob a forma de atividades práticas e com a mesma remuneração de bolsa independente da área profissional (BRASIL, 2010a, 2010b, 2012b).

Somado a isso, a intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas, demonstrado, principalmente, por meio da inclusão de catorze categorias profissionais da saúde. Este modo de operar a formação intercategorias visa a formação coletiva inserida no mesmo campo de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes de cada profissão (ROSA; LOPES, 2010).

Com tal iniciativa, a atenção multiprofissional se fortalece no que concerne à atenção integral à saúde, já que o ser humano é um ser completo que necessita de assistência de forma geral e contextualizada com os diversos conhecimentos específicos de cada profissão.

2.3 CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM ENFERMAGEM

O Programa de Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde, inserido na Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS e disposta na Constituição Federal, traz contribuições relevantes e necessárias para a efetiva implementação do SUS ao capacitar profissionais requeridos pelo novo sistema de saúde.

Nesse sentido, a criação de novos cursos de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem, contribui por disponibilizar profissionais qualificados para os serviços de saúde.

Em um estudo realizado por Silva et al (2014), foi revelado que o curso de especialização para enfermeiras, ao aprofundar o conhecimento técnico/científico, e embasamento teórico na realização das práticas, aumenta a segurança no desenvolvimento de técnicas assistenciais inerentes ao seu trabalho, favorece a prestação da assistência com visão para além do biológico, e forma profissionais proficientes para atuarem no processo de trabalho assistencial.

Olson-Sitki, Wendler e Forbes (2012) do mesmo modo relataram contribuições voltadas a melhorar a comunicação com os médicos, pacientes e familiares no que concerne ao apoio por outras enfermeiras na unidade; à gestão do tempo; ao preparo para completar as responsabilidades do trabalho; ao saber o que fazer para com pacientes terminais; à delegação de tarefas priorizando o atendimento ao paciente; e ao crescimento das oportunidades de praticar habilidades.

Foi relatado o retorno dos residentes para as organizações hospitalares que foram cenários de treinamento e um aumento do pensamento crítico, da socialização, da capacidade de gerir o stress e das habilidades para resolver problemas. Com efeito, desenvolve a qualidade dos cuidados de enfermagem (HERDRICH; LINDSAY, 2006; JOHNSON, et al., 2013).

É importante reconhecer, o papel de destaque assumido pelos cursos de residência em enfermagem como processos de formação de RHS para o SUS, que se deve principalmente à grande quantidade de mão de obra requerida para a execução das atividades assistenciais e gerenciais, considerando que a assistência se organiza em torno do trabalho de profissionais especializados (MORICI, 2011).

Fica evidente a importância e o significado que os programas de residência trazem para o desenvolvimento profissional a fim de prestarem uma assistência integral, humanizada e pautada nos princípios do SUS.

Todas essas contribuições são frutos e essência do programa de residência e não seriam viáveis sem a inserção e a participação de uma rede de serviços que se configuram como centros formadores. Eles são cenários de treinamento em serviço onde são empregados esforços para que se desenvolvam, por diferentes tipos de profissionais, atividades técnicas, de pesquisa, de formação e de gestão, concomitantes com a prestação de serviço aos usuários da rede de serviços.

A consolidação do SUS tem exigido, dos cursos de residência em comento, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos (RH), junto às organizações de saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas e de buscar novas estratégias para melhor qualificação dos profissionais da saúde.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais – essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação. “Além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2013, p.24).

A escolha em adotar a pesquisa qualitativa originou-se do fato de que o significado das contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares não pode ser reduzido a uma operacionalização de variáveis.

Segundo Triviños (2009); Marconni e Lakatos (2010), os estudos exploratórios proporcionam uma familiaridade do pesquisador com o problema. Eles têm como finalidade esclarecer conceitos e ideias e proporcionam ao pesquisador uma visão geral de determinados fatos. Contrariamente aos aspectos desvirtuadores da percepção do pesquisador, permitem que a realidade seja percebida tal como ela é, e não como o pesquisador pensa que seja.

A pesquisa exploratória, de acordo as concepções tradicionais, tem por fim o refinamento dos dados da pesquisa, sendo realizada com a finalidade precípua de corrigir o viés do pesquisador, aumentando o grau de objetividade da própria pesquisa e tornando-a mais consentânea com a realidade.

Utiliza-se tal tipo de pesquisa para estudar fenômenos que nunca foram investigados ou foram pouco estudados (TRIVINOS, 2009). Nesse sentido, ao analisar as contribuições do curso de residência, o estudo exploratório proporcionará maior familiaridade com o objeto de estudo, com vistas a torná-lo explícito.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas quatro organizações hospitalares que são cenários de treinamento em serviço do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem no município de Salvador-Bahia.

A Organização 1 é uma organização de esfera privada, a Organização 2 é uma organização filantrópica e as Organizações 3 e 4 são organizações públicas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Constituíram-se participantes dessa pesquisa quatro gestores de organizações hospitalares, responsáveis institucionalmente, por um período mínimo de um ano, pela concessão dos cenários do treinamento em serviço para o curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde. Não houve exclusão de nenhum gestor.

Todos os quatro gestores são graduados há mais de 10 anos na área de saúde com pós-graduação lato e stricto sensu, dentre eles uma é enfermeira, e são responsáveis institucionalmente pelo programa de residência há mais de dois anos.

3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

3.4.1 Instrumento da coleta

Foram utilizados como instrumentos para a coleta das informações dois instrumentos: um formulário e um roteiro.

O formulário foi utilizado para caracterização das Organizações Hospitalares, a saber: esfera administrativa, número de leitos por especialidade, especialidades contempladas com o programa de residência e o período total da parceria com o programa de residência (APÊNDICE B).

O roteiro, por sua vez, foi utilizado como guia da entrevista semiestruturada com três questões norteadoras inerentes ao objeto do estudo: Como o(a) Senhor(a) percebe a formação do programa de residência para Enfermeiras? Como o programa de residência é desenvolvido nesta organização de saúde? A partir de sua experiência como gestor desta organização, relate as contribuições do programa de residência para as organizações hospitalares? (APÊNDICE C).

Escolheu-se a entrevista semiestruturada por considerá-la parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e pressupostos que interessam à pesquisa. Em seguida, elas oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas questões que vão surgindo à medida que se recebe a resposta do informante. Nela, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem se prender a uma indagação previamente formulada (MINAYO, 2013).

Outrossim, a entrevista semiestruturada estimula a fala dos participantes e permite a aquisição de respostas com conteúdo que realmente reflete o objeto investigado, consistindo em um procedimento com maior flexibilidade para possíveis intervenções. Possibilita, então, uma investigação mais ampla sobre o objeto de estudo (BARDIN, 2011; GIL, 2008).

Segundo Minayo (2013), as informações oriundas das entrevistas tratam da reflexão do participante entrevistado sobre a realidade que vivencia, representando ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, condutas profissionais e pessoais, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamento.

Assim, a entrevista semiestruturada se adequa ao objeto de estudo pelo fato de proporcionar ao participante uma fala livre sobre o tema, sendo apenas guiado por um roteiro de questões que o pesquisador deseja abordar, as quais estão fundamentadas nos objetivos da pesquisa.

A técnica de entrevista deu-se com o auxílio instrumental do gravador digital. As falas gravadas foram, a partir de então, transcritas, com aquiescência dos participantes.

Desse modo, viabilizou-se a análise das informações sobre as contribuições da residência em enfermagem para as organizações hospitalares, proporcionada pela riqueza dos relatos.

3.4.2 Procedimento de coleta

O procedimento de coleta se deu, primeiramente, com o pedido, feito através de uma carta convite enviada aos participantes, para que eles contribuíssem com o estudo, contemplando o objetivo do estudo, sua justificativa, a relevância e a metodologia (APÊNDICE D).

A coleta das informações foi realizada após o encaminhamento do projeto para o comitê de ética para apreciação e posterior aprovação. Com a resposta positiva da entidade, houve a aproximação com os participantes da pesquisa. Não houve a necessidade de reformulação do instrumento.

Tal aproximação ocorreu através de visita às organizações hospitalares que foram cenários de treinamento dos cursos de residência para enfermeiras. Para identificação dos gestores, me direcionei primeiramente à coordenação dos programas de residência e à diretoria geral das organizações hospitalares. Nestes locais, me informaram quais seriam tais profissionais.

Com a identificação dos profissionais responsáveis, realizei uma breve apresentação do projeto com diálogo formado no momento da abordagem e entrega da carta convite.

Após aceite na participação, as entrevistas foram marcadas e a coleta das informações ocorreu entre os dias 19 de novembro e 07 de dezembro do ano de 2015.

O local para as entrevistas foi escolhido por cada participante, assegurado o critério de privacidade e o horário de disponibilidade para a sua realização, evitando a possibilidade de interrupção por terceiros. Aconteceram no próprio ambiente de trabalho, em local reservado, mediante a sua prévia autorização por escrito.

Na entrevista, utilizei uma abordagem que englobou o respeito à individualidade e à autonomia dos participantes, bem como o acesso a informações acerca não apenas da sua participação como também a respeito da avaliação de benefícios, da relevância da pesquisa e da possibilidade de interrupção a qualquer momento.

No momento inicial, foi lido o roteiro da entrevista, explicado seus objetivos e sua natureza, sendo garantido aos participantes que os seus nomes e os locais da entrevista ficariam em sigilo.

Após os esclarecimentos, solicitei aquiescência para a gravação por meio de um gravador digital, visando o registro de todas as informações da narrativa e de toda a subjetividade possível.

Muito embora as gravações tenham sofrido algumas interrupções por ruídos, não houve prejuízo na sua qualidade. Ao término da entrevista, solicitei aos participantes que ouvissem as gravações para que pudessem verificar e concordar com o que fora dito.

A duração total das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos, havendo necessidade, em algumas, de minha intervenção para a continuidade da narrativa. Apenas uma precisou ser remarcada por impossibilidade do participante no dia agendado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, a pesquisa foi realizada atendendo às diretrizes e respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Assim, previamente solicitei a autorização às Organizações Hospitalares para realização do estudo. O desenvolvimento deu-se com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo o estudo apreciado e aprovado sob o protocolo CAAE 47743915.0.0000.0049 (ANEXO I).

Os participantes foram entrevistados após apresentação, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e anuência para gravação da entrevista. Os benefícios da pesquisa foram relatados e o anonimato dos participantes foi garantido, sendo assegurados, ainda, os princípios bioéticos da Resolução 466/12 da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

No intuito de adotar tais princípios, a aplicação do instrumento de coleta de dados teve os seguintes procedimentos: 1. A emissão do parecer de autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa; 2. A prestação de todas as informações necessárias aos participantes da pesquisa, retirando quaisquer dúvidas em relação à natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios e a possibilidade de desistência em qualquer momento; 3. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) pelos participantes, permitindo sua participação voluntária na pesquisa, documento que possuiu duas vias, uma para o participante e a outra com o pesquisador.

Segundo a Resolução 466/12 o Consentimento Livre e Esclarecido é:

A anuência do sujeito da pesquisa e / ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação, ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de riscos e o incômodo que esta possa

acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (BRASIL, 2012c, p. 2).

As entrevistas e os dados serão guardados por cinco (05) anos, nos arquivos virtuais do Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Ética/Bioética, Educação e Exercício de Enfermagem (EXERCE), e poderão ser utilizadas para outros estudos vinculados ao grupo.

Os participantes foram identificados pela letra “G”, referente a “Gestor”, acompanhados de uma letra de “A” a “D”, para preservação do anonimato. Não houve beneficiários financeiros diretos ou indiretos.

3.6 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi financiada com recursos de bolsa concedida pela Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de março de 2014 a fevereiro de 2016.

3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para organização e análise das informações, foram concluídas 06 horas e 25 minutos de transcrição das entrevistas, com a utilização do software profissional Windows Media Player®, para controle de playback de áudio. O software possui a função de adequar o tempo da narrativa com o tempo do entendimento e da digitação, o que facilitou a audição das falas gravadas e a correção de erros, com vistas em manter fidelidade das narrativas.

Posteriormente, foram seguidas as fases/passos para a análise do conteúdo e das informações extraídas.

Para a análise das informações, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo do tipo categorial. Para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Esse tipo de classificação, chamada de análise categorial, propicia a redução da complexidade de um conjunto de textos, podendo ser aplicada no exame de documentos escritos ou discursos, em transcrições de entrevistas e em questionários (BARDIN, 2011).

Nesta investigação, a análise de conteúdo nos possibilitou a apropriação dos núcleos de sentido e significados, a fim de analisar as contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares.

Com isso, após a coleta, deu-se a fase de organização, análise e interpretação.

A análise constituiu-se de três fases de acordo com Bardin (2011). Na primeira fase, a de pré-análise, foi feita uma leitura flutuante do conteúdo das entrevistas transcritas, com o intuito de averiguar se todas guardariam relação com o objetivo da pesquisa. Na sequência, destacou-se das entrevistas, baseando-se nos objetivos do estudo, as prováveis unidades de contexto identificando quais os temas que foram abordados, no sentido de constituir um corpus que represente a organização do material coletado.

Na segunda fase ou fase de codificação/exploração do material, as entrevistas foram sistematicamente trabalhadas com a identificação das unidades de contexto, o que permitiu uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. A promoção da melhoria da qualidade da assistência foi a unidade de contexto mais significativa. Posteriormente, fez-se a codificação e a definição das categorias e subcategorias, organizando, assim, as unidades de contexto definidas.

Nesta fase foi realizada releituras exaustivas de todo o conteúdo do corpus da pesquisa, buscando suas similaridades, representatividades e significados. Iniciou-se com a identificação e a apreensão das unidades de contexto, ou seja, parágrafos do corpus que representarão as contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. Paralelamente, identificamos os temas que emergiram.

Para tanto, obedecemos aos padrões de base que dão rigor à análise de conteúdo: a exaustividade, ou seja, o alcance da saturação por meio da utilização de todo o conteúdo das entrevistas até não haver mais nenhum tipo de informação nova; a representatividade do conteúdo, que foi respeitado para expressar o universo escolhido; a homogeneidade, buscando dentro da singularidade do conteúdo das entrevistas as similitudes que existiram e a pertinência do seu conteúdo ao objeto e objetivos propostos, como orientação para atender a imprevisibilidade do que foi encontrado.

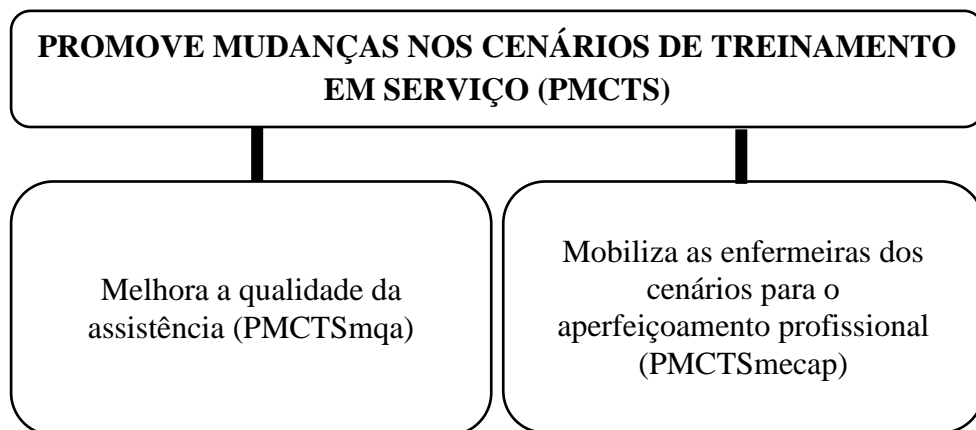
As unidades de contexto foram, em seguida, organizadas, sendo colocadas em uma tabela de análise constituída de três colunas. A primeira enumerando-as, a segunda com as unidades de análise destacadas das narrativas e a terceira para identificar o tema que emergiu para serem codificadas. Prosseguindo, agrupei essas unidades por similaridade de temas e,

posteriormente, em unidades temáticas distribuídas em duas categorias e quatro subcategorias, possibilitando a análise da pesquisa.

Consideramos na definição destas categorias os critérios de qualidade enunciados por Bardin (2011): a excludência, ou seja, um mesmo elemento não compor mais de uma categoria; a homogeneidade, por meio da utilização de elementos que guardaram similaridade de sentidos; a pertinência ao objetivo do estudo; a objetividade, através da utilização de códigos diferentes; a fidelidade ao conteúdo que foi narrado; e a produtividade.

Na primeira categoria – promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço – foram incluídas unidades temáticas nas quais os gestores narram as mudanças ocorridas nos cenários de prática. Desta categoria emergiram 02 (duas) subcategorias, apresentadas na figura 1 abaixo.

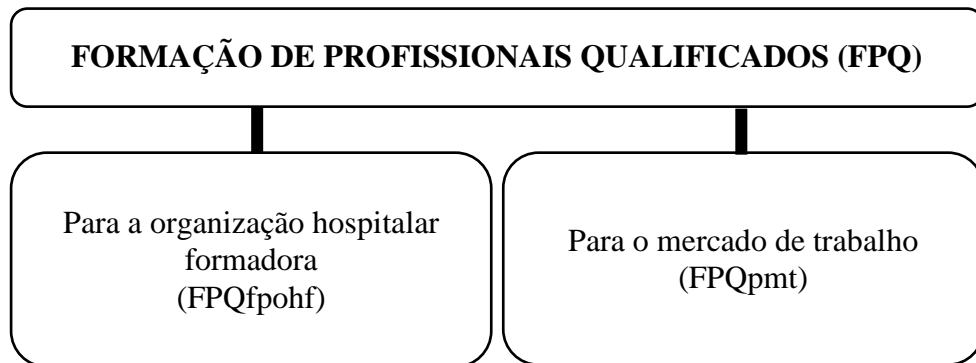
Figura 1 - Categoria I - Promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço e as subcategorias, segundo as participantes. Salvador, Bahia, 2016.



Fonte: dados da pesquisa empírica.

Na segunda categoria - Formação de profissionais qualificados - foram incluídas unidades temáticas nas quais os gestores relataram a formação de profissionais qualificados para as organizações hospitalares formadoras e para o mercado de trabalho. Desta categoria emergiram 02 (duas) subcategorias, apresentadas na figura 2.

Figura 2 - Categoria II - Formação de profissionais qualificados e as subcategorias, segundo as participantes. Salvador, Bahia, 2016.



Fonte: dados da pesquisa empírica.

Por fim, na terceira fase, foi feito o tratamento dos resultados com inferência e interpretação dos mesmos que, segundo Bardin (2011), refere-se ao procedimento analítico propriamente dito, ou seja, à atribuição de sentidos e à análise qualitativa das categorias.

Esta etapa foi realizada mediante interpretação dos resultados, considerando a revisão da literatura adotada nesta investigação, e inferências, fundamentadas na literatura adotada neste estudo, em consonância com o objeto e com a experiência do pesquisador na área da educação. A análise de conteúdo permite fazer inferências sobre informações encontradas, permitindo que se ultrapassasse o caráter meramente descritivo e alcance o caráter analítico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA EMPÍRICA

Apresentamos como resultado desse estudo as contribuições do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares, em duas categorias de análise e respectivas subcategorias: 1 - Promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço - melhora a qualidade da assistência e mobiliza as enfermeiras dos cenários para o aperfeiçoamento profissional; 2 - Formação de profissionais qualificados - para a organização hospitalar formadora e para o mercado de trabalho.

Inicialmente, apresentamos a caracterização das organizações hospitalares para possibilitar ao leitor uma visão geral das organizações hospitalares que oferecem cenários de treinamento para o Programa de Residência.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Caracterizamos as organizações hospitalares de acordo com as variáveis: esfera administrativa, cenários de treinamento para o programa de residência, e tempo em que é participante do programa de residência, dispostas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das Organizações Hospitalares, quanto a esfera administrativa, cenários de treinamento para programa de residência e tempo em que é participante do programa de residência. Salvador, Bahia, 2016.

Nº	Esfera Administrativa	Cenários de treinamento para o programa de residência	Tempo em que é participante do programa de residência
Organização 1	Privado	Unidade de Cuidados Intensivos	12 anos (Programa em Área Profissional da saúde)
Organização 2	Filantrópico	Oncologia Unidade de Cuidados Intensivos	3 anos (Programa Multiprofissional)
Organização 3	Público	Unidade de Cuidados Intensivos Hemodinâmica Acolhimento com Classificação de Risco	7 anos (Programa Multiprofissional)
Organização 4	Público	Psiquiatria Pediátrico Unidades Ambulatoriais e Clínica em Saúde do Adulto, Criança e Mental	5 anos (Programa Multiprofissional)

Fonte: CNES/DATASUS, 2015 e Dados da Pesquisa.

Das organizações hospitalares que participaram dos Programas de Residência para enfermeiros, segundo a esfera administrativa, duas são de natureza pública, uma privada e uma filantrópica localizadas no município de Salvador, no estado da Bahia.

Segundo a Constituição Federal de 1988, em comunhão com os princípios e as diretrizes do SUS, as organizações públicas de saúde têm a responsabilidade de formar recursos humanos capacitados para atenderem a demanda assistencial dos usuários de sua rede de atendimento.

Nesse sentido, a Residência é uma modalidade de formação profissional que objetiva fortalecer e qualificar as redes de serviços para produção da atenção integral ao usuário (CECCIM, 2005).

Orofino (2010), em seu estudo, identificou que os programas de residências são oferecidos em organizações da rede pública, privada e filantrópica, em diversas estruturas de ensino e relações com a rede de serviços de saúde.

Em relação ao número de leitos, as organizações que oferecem o treinamento em serviço, a maioria são de grande porte e ofertam atendimento de média e alta complexidade e as unidades que oferecem o maior número de vagas para a alocação de residentes são os serviços de tratamento intensivos, seguido da área ambulatorial e clínica.

Esse fato deve-se pelo campo de terapia intensiva ser um setor de elevada complexidade, que exige mão de obra especializada, caracterizado pelo cuidado técnico, de alta qualidade e complexidade, fundamentado no monitoramento permanente, na assistência contínua e na incorporação de tecnologias – contexto que demanda contínua qualificação (SANTANA; FERNANDES, 2008; AGUIAR et al, 2014).

Tal ambiente se caracteriza pela gravidade e instabilidade dos pacientes, pela diversidade de processos, trabalho e rotinas, pela avançada estrutura física e tecnológica e pela constante interação multiprofissional. Processo de trabalho este que demanda maior competência técnico-científica para a tomada de decisão rápida e assertiva, bem como para viabilizar a assistência multiprofissional. (AGUIAR et al, 2014).

Esse panorama pode justificar a demanda maior pelos cursos de residência em terapia intensiva se comparados com a dos outros cursos. Achado tal que pode ser corroborado ao estudo de Santos, Whitaker e Zanei (2007) que revelaram que uma das áreas de especialização para enfermeiras de maior demanda foi a de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de pacientes adultos. Busca-se, com isso, atender as exigências do mercado de trabalho, em seu contexto constante inovação tecnológica; outrossim, reflete-se a expansão da rede de serviços para usuários em situação crítica como uma das prioridades da estrutura governamental.

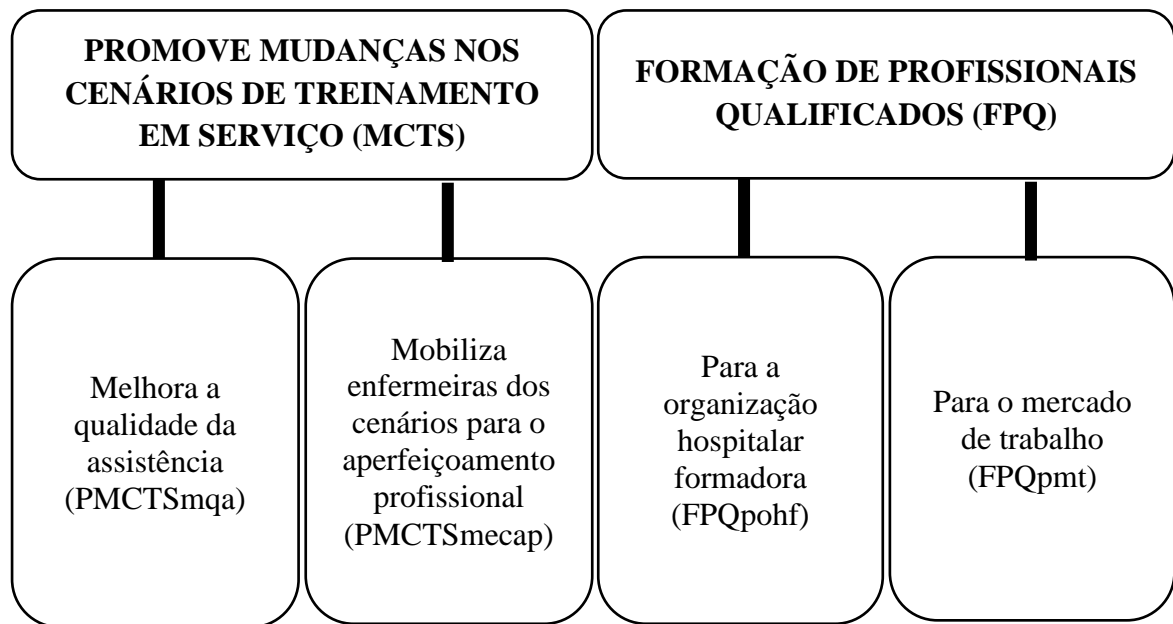
A maioria das organizações participantes oferecem a residência na modalidade multiprofissional há mais de cinco anos, o que permite acreditar que são programas consolidados, que englobam residentes de diversas áreas de conhecimento com a finalidade de atender aos princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS (ARAUJO, 2010).

Ademais, com o intuito de evitar a fragmentação da assistência e de potencializar a terapêutica, há uma tendência para a formação multiprofissional advinda de diferentes modelos de organização de atenção à saúde, que teve seu valor reforçado seu valor, no Brasil, a partir das diretrizes para o exercício no SUS (ARAUJO, 2010).

4.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS

Neste item, apresentamos e analisamos as categorias que emergiram do estudo, fruto da análise de conteúdo, conforme síntese na figura 3.

Figura 3 – Síntese das categorias e subcategorias relacionadas à contribuição da residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares, segundo os gestores. Salvador, Bahia, 2016.



Fonte: dados da pesquisa empírica.

4.2.1 Categoria I – Promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço

Nessa categoria, expomos, como contribuição a promoção de mudanças nos cenários de treinamento em serviço, a melhora na qualidade da assistência prestada e a mobilização dos enfermeiros dos cenários em busca de aperfeiçoamento profissional.

Tais resultados coadunam com os dois maiores objetivos do programa de residência referidos por Martins, et al (2010), Ceccim e Pinto (2007): qualificar a formação de profissionais da saúde e contribuir significativamente para que mudanças positivas acontecessem no cenário da assistência em saúde no SUS, justificando o investimento financeiro interministerial e das organizações associadas.

4.2.1.1 Subcategoria I – Melhora a qualidade da assistência

A melhoria da qualidade da assistência foi referida pelos gestores como mudança que ocorreu no cenário de treinamento em serviço, em virtude do Programa de residência, como pode ser exemplificado pelas falas:

“A gente percebe uma melhora na qualidade da assistência [...]”. (G-A)

“[...] os programas de ensino são vetores de qualidade para a instituição [...] a gente tem uma equipe na assistência mais qualificada e isso acaba tendo reflexo na assistência direta pro paciente”. (G-C)

“[...] para a qualidade da assistência ela é fundamental”. (G-B)

“[...]o residente ele vai ver situações que ele vai trazer pontos a serem melhorados”. [...] ganho para o paciente porque ele está com um profissional mais reflexivo, que ele não está com um profissional que está só mecanizando o método”. (G-D)

Todos os gestores afirmaram que a presença do residente na equipe promove a qualidade da assistência prestada. Tal fato, corroborado por Ceccim, et al, (2010), em seus estudos conecta-se, ademais, ao desempenho dos profissionais, ao seu processo de trabalho e à cultura organizacional que desenvolve toda a equipe, demanda comprometimento, disciplina, esforço crescente e mantém o foco nas pessoas.

Além disso, com a residência, as organizações adquirem profissionais seguros para o desenvolvimento das atividades, que se integram à equipe, proporcionando melhores condições de trabalho (HADDAD, 2012). Elementos esses que são desenvolvidos ao longo do curso com o objetivo de assegurar os cuidados de saúde.

Nesse sentido, a enfermeira qualificada pelo curso de residência mostra-se crítica, fundamentada teoricamente, capaz de analisar as informações disponíveis e de liderar a equipe com habilidade e segurança (RHODES, et al, 2013; WELDING, 2011; GOODE, et al, 2013; ANDERSON, 2009; PINE; TART, 2007; GOODE, et al, 2009; VARNER; LEEDS, 2012).

O Programa de residência promove a qualidade da assistência de enfermagem pelo elevado grau de formação dos residentes, a fim de atenderem as exigências de grandes centros

do país (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; HADDAD, 2012), ao articularem o ensino e serviço.

O programa de residência, pautado na política de formação de recursos humanos, trouxe contribuições ao SUS por elevar o número de profissionais qualificados e capacitados para suprir necessidades da assistência em saúde (ALMEIDA, FERRAZ, 2008).

Fica evidente a importância e o significado que os programas de residência trazem para formação de profissionais, a fim de prestarem uma assistência integral, humanizada e pautada nos princípios do SUS.

Vale ressaltar, também, que o Programa de residência ao disponibilizar residentes para a organização, amplia o contingente de profissionais no serviço, possibilita a divisão do trabalho e, por conseguinte, a sua resolutividade, minimizando, muitas vezes, o impacto causado pela escassez de funcionários na assistência.

O número insuficiente de pessoal no serviço tem levado o residente a aumentar seu ritmo de trabalho para atender, de forma adequada, os usuários dos sistemas de saúde e, mesmo se reconhecendo a relevância da sua força de trabalho, ainda há desequilíbrio na distribuição dos profissionais de saúde nas organizações hospitalares e a utilização inadequada dos profissionais residentes (NICOLA; ANSEMI, 2005).

Emerge, assim, a reflexão sobre a finalidade da residência em enfermagem que é pensada para capacitar o enfermeiro, nos moldes de treinamento em serviço. Entretanto, faz-se necessária a divulgação do papel dos residentes nas instituições, com ênfase na formação, e não como força de trabalho, mesmo havendo benefícios diretos aos usuários do sistema de saúde nas organizações hospitalares.

Ante a tal contexto, a consolidação do SUS tem exigido a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas relacionados a formação de recursos humanos junto às organizações de saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas e de buscar novas estratégias para melhor qualificação das práticas assistenciais dos profissionais da saúde.

4.2.1.2 Subcategoria II – Mobiliza enfermeiras dos cenários para o aperfeiçoamento profissional

O aperfeiçoamento dos profissionais do serviço foi revelado como outra contribuição do programa de residência para as organizações hospitalares na óptica dos gestores, exemplificadas nos recortes das falas a seguir:

“[...] a gente tem todo um ganho acadêmico dentro do nosso serviço, onde os profissionais voltam a ter contato com a ciência mesmo, deixam de fazer o trabalho por fazer e passam a fazer parte desse processo”. (G-A)

“[...] os profissionais que acompanham os residentes eles tornam-se mais aperfeiçoados [...]eles buscam um suporte científico constantemente para estarem com os residentes. [...] trazer o aperfeiçoamento dos profissionais ligados e trazer o redesenho às vezes dos protocolos que são feitos”. (G-D)

Foi expresso que a presença dos residentes nos cenários de treinamento causa ganho acadêmico e mobiliza os profissionais a buscarem suporte científico e a se aperfeiçoarem. Estes visam uma atitude crítica e reflexiva na sua prática para transformar modelos e modos de cuidar em saúde.

De acordo com Oliveira (2009), em toda instituição de saúde, a motivação favorece o desempenho de seus trabalhadores, encorajando o crescimento e a autorrealização. Como consequência, há o enriquecimento de seu papel social e como participante nos processos de melhoria da instituição em que trabalha, o que implica em refletir sobre o trabalho e a garantia de lhes proporcionar condições para tal.

Esse movimento em busca de aperfeiçoamento dos profissionais dos serviços em função da presença dos residentes não é fato novo. Em estudo realizado na década de 2000, Barros e Michel constataram a contribuição efetiva dos residentes para a mudança de comportamento das colegas de trabalho em relação às atividades assistenciais ali desenvolvidas, que passaram a se interessar em atividades científicas como estudos de caso e discussões clínicas.

Tal relação de troca e aprendizado proporcionada pelo programa demonstra a importância do conhecimento vindo do contexto do trabalho das pessoas envolvidas na realização do curso. Também possibilita a elaboração de diagnóstico situacional em saúde, monitoramento da assistência hospitalar, promoção da organização da assistência com elaboração de protocolos assistenciais (ANDERSON; HAIR; TODERO, 2012; ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

A procura pelo aperfeiçoamento é uma forma de educação pelo trabalho, tanto pela presença contínua nos locais de produção dos atos e procedimentos, quanto pela formulação de estratégias de aprendizagem multiprofissional. Deve ser compreendida como uma busca contínua pelo aprender, uma das ações que possibilita o desenvolvimento do processo de

mudança que visa à qualificação dos que ali atuam e conseqüentemente à realização de uma prática competente, consciente e responsável (CECCIM, et al, 2010; JESUS, 2011).

Nesse sentido, a necessidade de aperfeiçoamento pela capacitação e qualificação é como a concretização de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de encarar as transformações e os desafios gerados na realização das atividades nos serviços de saúde e nos diferentes espaços do SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Notamos, com isso, que o programa de residência como formador de recursos humanos de qualidade para o SUS atende aos princípios, ao revelar iniciativas de formação dos profissionais dos cenários de treinamento em serviço que têm acumulado relevante experiência educativa, podendo contribuir para os trabalhadores que atuam na área da Saúde.

4.2.2 Categoria II - Formação de profissionais qualificados

Nessa categoria o programa de residência contribuiu na óptica dos gestores ao formar profissionais qualificados: para a própria organização formadora e para o mercado de trabalho.

4.2.2.1 Subcategoria I - Para a organização hospitalar formadora

A formação de profissionais para a própria organização formadora foi umas das contribuições do programa de residência, como referem os gestores nas assertivas:

“[...] eles retornaram pra casa, de onde eles participaram do processo de aprendizagem, eles agora retribuem com toda sua experiência, com toda sua bagagem [...] muitos já retornaram para a instituição [...] o retorno desse profissional, ele volta também pra dá o melhor de si”.(G-A)

“[...] a gente consegue um profissional que tem todo um embasamento teórico-científico atual da sua profissão aliado ao exercício dessa função no ambiente hospitalar”. (G-B)

“[...] fidelização dos profissionais com a instituição, então, para você ter uma ideia, os nossos preceptores, praticamente na sua totalidade, são ex-residentes do hospital [...] os preceptores são aproveitados, eles passam a compor o corpo profissional”. (G-C)

A inclusão, na equipe de enfermeiras, de egressas do programa de residência para organizações de saúde foi justificado pelos gestores, pelo embasamento técnico-científico que eles mostram possuir, bem como por terem o conhecimento sobre o serviço, sendo vistos como os que retornam para “dar o melhor de si”. Desse modo, a instituição entende como sendo a fidelização desses profissionais com o serviço.

Com esse mesmo entendimento, Peloso e Yanemoto (2010) afirmaram também que ocorre tal regresso por serem profissionais diferenciados, com talento e capacidade de crescer dentro do serviço, e trazer resultados para a organização. Somado a isso, Herdrich, Lindsay (2006) e Johnson, et al (2013) justificaram a considerarem que eles possuem um maior pensamento crítico, socialização, capacidade de gerir a unidade saúde hospitalar, habilidades para resolver problemas.

Quando se pensa na absorção dos profissionais de saúde provenientes dos programas de residência, se pensa em buscar o conhecimento, habilidade e técnicas que cada um possui. As organizações de saúde, observando os seus perfis, buscam retê-los a fim de evitar a rotatividade do serviço, a perda deste para o mercado, custos como processos seletivos além do aproveitamento máximo do investimento que foi feito para ele se desenvolver e crescer no serviço. Peloso e Yanemoto (2010) ressaltam que uma organização viável, é aquela que além de captar e aplicar adequadamente seus profissionais imprime esforços para mantê-los na organização.

A partir dessa visão, criou-se um desafio para os gestores, captarem e manterem em suas organizações os melhores profissionais. As organizações responsabilizam-se pelos riscos dos investimentos em qualificação e treinamento, visando desenvolver o potencial de cada profissional. A partir desse ponto, adotam práticas que motivam os profissionais procedentes dos programas de residência a permanecerem na organização (MONTEDO, 2014).

Reter o profissional é atrair, investir e recompensá-lo; é fazer com que ele se sinta uma peça importante dentro do processo, hábil, estimulado e satisfeito para executar as atividades atribuídas espontaneamente (BRÍGIDO; GALISNK, 2015).

O mercado de trabalho, inconstante e competitivo, é o maior incentivador para que as organizações hospitalares possam realmente adotar um plano de fidelização dos profissionais oriundos do programa de residência. Inclusive, as instituições ficam atentas aos egressos, criando concorrência para assimilá-los.

4.2.2.2 Subcategoria II - Para o mercado de trabalho

A formação de profissionais para o mercado de trabalho foi outra contribuição do programa de residência, referida pelos gestores, exemplificada pelos recortes:

“[...] muitos egressos já estão inseridos em vários hospitais. Isso demonstra a importância pras organizações ter esse profissional em seu quadro”. (G-B)

“[...] a oportunidade de você formar pessoas para o mercado [...] importância social, porque você tá preparando pessoas com alto nível de qualificação para o mercado [...] e a oportunidade de você formar para o mercado”. (G-C)

Os gestores salientam a importância social do Programa no preparo de profissionais de elevado nível de qualificação para o mercado de trabalho. Advindas de diferentes modelos de organização de atenção à saúde, a formação por meio do programa de residência reforça seu valor a partir das diretrizes para o exercício profissional no SUS, indicada em diversas discussões relativas ao aumento na qualidade do trabalho e formação de trabalhadores (CECCIM, 2006).

Assim, a residência dispõe de investimento público e privado, a fim de promover o desenvolvimento do residente e de toda equipe, contribuindo para a especificidade e para a inovação organizacional, tanto para o mercado quanto no âmbito do SUS (ZANONI, et al, 2015).

Faz-se importante salientar que os programas de residência vêm atendendo as expectativas da política de formação de recursos humanos, para o SUS, por contribuir para seu desenvolvimento e consolidação.

A valorização pelo mercado de trabalho se faz mediante aprovação em seleção de egressos pelas organizações hospitalares segundo aponta Simonetti, et al (2007). Fato decorrente da oportunidade que o residente tem, no desenvolvimento do curso, para aprofundar o conhecimento técnico-científico, treinar em cargos de liderança, acompanhar as inovações tecnológicas e construir, dessa maneira, a sua empregabilidade (CARBOGIM, 2010; MAXWELL, 2011; SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007).

Entretanto, diante do contexto sócio histórico de desemprego e precarização das relações de trabalho, não se pode assegurar que todo egresso de um programa de residência tenha seu acesso garantido ao mercado de trabalho.

A busca pelos cursos de residência em enfermagem atenta para a importância da formação qualificada, com o intuito de viabilizar o aprimoramento para a atuação consistente no mercado de trabalho (SIMONETTI, et al, 2007), e por formar profissionais com condições de atender a todos os grandes centros do país, onde a tecnologia exige maior conhecimento e especialização (FRANCO, BARROS, NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Isso resulta, para o mercado de trabalho, uma gama de agentes transformadores de paradigmas, que respeitam os preceitos éticos e morais, mais capacitados para atuarem em equipe, para assumirem papéis de gerência, dentre outros setores importantes nos/para serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições do programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares na perspectiva do gestor, identificadas nesse estudo, revelam que o Curso: promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço, pois mobiliza os enfermeiros dos cenários para o aperfeiçoamento profissional, melhora a qualidade da assistência, e forma profissionais qualificados para a organização formadora e para o mercado de trabalho.

A mobilização dos enfermeiros dos cenários para o aperfeiçoamento profissional se dá por meio da presença dos residentes nos cenários de treinamento, e estes são instigadores para que busquem conhecimento e se atualizem, visando uma atitude crítica e reflexiva.

As estratégias dirigidas à transformação dos trabalhadores em profissionais comprometidos passam pelos princípios de uma gestão qualificada, e para que essa mobilização ocorra requer vontade, conhecimentos, capacidade criativa e habilidades, para desenvolver serviços de saúde com qualidade.

Com isso, a eficácia das ações de capacitação nos cenários de treinamento em serviço depende, fundamentalmente, de políticas de gestão que privilegiem essas ações, propiciando condições para que elas ocorram e, efetivamente, provoquem mudanças nas práticas de saúde.

A melhoria da qualidade da assistência foi a contribuição mais expressiva relatada pelos gestores ao ter um número maior de unidades de contexto para análise, e revelaram que a presença do profissional residente em enfermagem é fundamental para uma assistência prestada com qualidade ao usuário dos serviços de saúde, caracterizado, marcantemente pela atuação profissional, ao ser mais crítico e reflexivo.

Esse desenvolvimento da qualidade se dá também pela ampliação do contingente da equipe de enfermagem com a inserção do residente, pois, sendo um contingente extra na unidade, os usuários dos serviços de saúde passam a contar com mais profissionais para a prestação dos cuidados.

Ao promover a qualidade nos cenários de treinamento em serviço, a organização hospitalar obtém um ganho à equipe assistencial ao ter uma profissional especializada em seu quadro de trabalhadores e passa a ser uma referência na atenção em saúde.

A formação de profissionais para a própria organização hospitalar formadora se revela como outra contribuição, pelo retorno dos egressos provenientes do programa de residência pelas organizações hospitalares que fizeram parte dessa formação. Eles expuseram, no

período em que vivenciaram os campos de práticas, seu embasamento técnico-científico e dedicação na execução de suas atividades. Desse modo, a instituição busca fidelizar esses profissionais para serviço.

O egresso da residência absorvido pela organização hospitalar mostra-se mais seguro no desenvolvimento de suas atividades práticas, se conscientiza da necessidade do aprendizado complementar elegendo prioridades, colabora com as orientações para a equipe de enfermagem, proporcionando melhores condições de trabalho. Por conseguinte, eleva o padrão de atendimento institucional.

A formação para o mercado de trabalho foi revelada como uma importância social da organização hospitalar em preparar profissionais com maior nível de qualificação, e as conquistas e experiências acumuladas têm possibilitado a formação de profissionais diferenciados para o mercado de trabalho.

O estudo revelou ainda que as características dos profissionais provenientes dos programas de residência em enfermagem culminam com um melhor acesso ao mercado de trabalho, diante de suas qualidades para atuarem nos serviços de saúde.

Faz-se importante ressaltar que, apesar das diferenças estruturais e administrativas de cada organização hospitalar por serem públicas e privadas, observamos que houve homogeneidade nas contribuições do programa de residência para as organizações.

Reconhecemos a relevância dos programas de residência em enfermagem como um importante programa de formação de recursos humanos para o SUS. Assim, o estudo contribui ao fornecer importantes subsídios para que haja fortalecimento das estratégias que visam a ampliação e a valorização desse programa de formação junto às organizações hospitalares.

Com isso, os programas devem também ser alvo de investimento em educação que possibilitem novas compreensões do trabalho, devem contar com a participação de todos os envolvidos na definição de prioridades e nos espaços de gestão e, desse modo, haver uma forte articulação das organizações de saúde com as instituições de ensino de maneira que um participe do processo de formação junto com o outro em que o aprendizado seja para ambos.

Acreditamos ainda que uma qualificação adequada tenha o potencial de integrar um conjunto de estratégias para a formação de profissionais para o SUS, de forma a atuar como coadjuvante na transformação das práticas em saúde. Consideramos este fato um avanço para a formação de recursos humanos em saúde, pois o programa de residência deve buscar a promoção de uma visão ampliada em saúde e conduta que estejam de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Afirmamos, então, que as propostas da política de formação de recursos humanos para o SUS vêm sendo atendidas ao formar profissionais qualificados para atuarem nos serviços de saúde, promovendo mudanças na assistência prestada.

Sugerimos que sejam realizados novos estudos, investigando outros atores envolvidos nos programas de residência de enfermagem para promover um melhor esclarecimento de lacunas reveladas neste estudo e contribuir para a melhoria contínua dessa modalidade de formação de recursos humanos para as organizações hospitalares/SUS.

Como limitações deste estudo, podemos referir que foi realizado com organizações hospitalares da cidade de Salvador, Bahia, podendo ser ampliado a outras, e, no tocante aos participantes, podendo ser ampliado a outros profissionais da organização hospitalar envolvidos nos programas de residência.

Contudo, mesmo com presentes limitações, foram revelados que os dois maiores objetivos do programa de residência para o SUS foram alcançados na perspectiva dos gestores, pois o programa qualifica a formação de profissionais da saúde e contribui significativamente para que ocorram mudanças positivas no cenário da assistência em saúde. Justifica-se, portanto, o investimento dos ministérios e organizações conveniadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B.G.C; MOURA, V.L.F; SÓRIA, D.A.C. Especialização no Moldes de Residência em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, (DF), v. 57, n. 5, p. 555-9. Set/out, 2004.
- AGUIAR, I.L.; et al. A formação de enfermeiros residentes em UTI em instituição pública e privada. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 35, n. 4, p. 72-8. Dez, 2014.
- ALMEIDA, L.P.V.G.; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, vol. 6, n. 1, pp. 31-35, 2008.
- ANDERSON, T. New graduate RN work satisfaction after completing an interactive nurse residency. **J Nurs Adm.**, v. 39, n. 4, p. 165-9, Apr. 2009.
- ANDERSON, G.; HAIR, C.; TODERO, C. Nurse Residency Programs: An Evidence-Based Review of Theory, Process, and Outcomes. **Journal of Professional Nursing.** V. 28, n. 4, 203–212. 2012.
- ARAÚJO, M.A.D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 27, n. 3, pp. 230-236, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Revista e atualizada. Lisboa: Edições 70 - Brasil, LDA. 2011. 280 p.
- BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J.L.M. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, janeiro 2000.
- BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Cadernos de RH Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS CGDRH/SUS **Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília: MS, 1993.
- _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 259/2001 de 12 de junho de 2001**. Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2001. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4297>>. Acesso em: 10 de agosto de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e**

perspectivas /Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Cria a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2005. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%20n11129_05.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. **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. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial n. 1077, 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 em Áreas Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de novembro 2009.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução n. 2, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 de maio 2010a.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução n. 3, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 de maio 2010b.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução Nº 5 de 23 de Novembro de 2012**. Institui o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União – Seção 1 – 26/11/12, p. 20. 2012a. Disponível em:
<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Nov/26/resolucao-no-5-de-23-de-novembro-de-2012-institui>. Acessado em: 15 de janeiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial nº 1224, de 03 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial no 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 de outubro 2012. 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 dezembro 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, seção 1, p. 59. 2012c.

_____. Ministério da Educação. **Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional**. Brasília (DF): MEC; 2014. Disponível em: <http://cnrms.mec.gov.br/>

BRÍGIDO, A.L.S; GALINSKI, M.C. **Retenção de talentos: a valorização e o reconhecimento das pessoas nas organizações**. Simpósio Internacional de Ciências Integradas da UNAERP Campus Guarujá. 2015.

CARGOBIM, F.C.; et al. A. Residência em Enfermagem: A experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. **Revista APS**, v. 13, n. 2, p. 245-249, 2010.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário (Réplica). **Interface – Comunicação, Saúde**, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 259-278.

CECCIM, R.B.; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 266-277, dec. 2007.

CECCIM, R.B. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”: a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface, Botucatu**, v. 13, n. 28, p. 233-235, 2009.

CECCIM, R.B.; et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Org.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 127-144.

CHEADE, M.F.M.; et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare enferm.**, vol.18, n.3, p. 592-595. 2013.

FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**,; v. 13, n. 2, p. 139-44, março-abril, 2005.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2005. 240 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**/ Antônio Carlos Gil. -6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 978852245142-5.

GONÇALVES, R.B. **A Investigação Sobre Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: MS, 1993. (Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – Relatório de seminário).

GOODE, C.J.; et al. Nurse residency programs: an essential requirement for nursing. **Nurs Econ.**, v. 27, n. 3, p. 142-7, 159; quiz 148, May-Jun. 2009.

GOODE, C.J.; et al. Lessons learned from 10 years of research on a post-baccalaureate nurse residency program. **J Nurs Adm.**, v. 43, n. 2, p. 73-9, Feb. 2013.

GOULART, C.T.G.; et al. Perfil Sóciodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma Universidade Pública. **Rev Rene.**; v. 13, n. 1, p. 178-86. 2012.

HADDAD, M.C.F.L. A residência de enfermagem na formação profissional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, jun. 2012.

HERDRICH, B.O.B.; LINDSAY, A. Nurse Residency Programs: Redesigning the Transition Into Practice. **Journal for Nurses Instaff Develepmet**. Volume 22, Number 2, p. 55–62. 2006.

JESUS, M.C.P.; et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 45, n. 5, pp. 1229-1236, 2011.

JOHNSON, A; et al. Emergency Nurse Residency Program Evaluation. **Journal for Nurses in Professional Development**. Volume 29, Number 5, 233-237. 2013.

JUSTINO, E.V.; et al. História da especialização em enfermagem oncológica – modalidade residência – no Hospital Erasto Gaertner. **Ciência Cuidado e Saúde.**; v. 9, n. 1, p. 167-172. Jan/Mar 2010.

LEMOS, V.M.F.; ROCHA, M.H.P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO. 2011.

LOPES, G.T.; BATISTA, S.S.B. **Residência de Enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

MARTINS, A.R; et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Org.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 127-144.

MAXWELL, K.L. The Implementation of the UHC/AACN New Graduate Nurse Residency Program in a Community Hospital. **Nurs Clin N Am**, v. 46, p. 27-33, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MONTEDO, L.F. **Retenção de talentos em empresas de pequeno porte na região de criciúma – SC.** Dissertação de Mestrado. Monografia apresentada ao Setor de Pós-Graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. 2014.

MORICI, M.C. **Recursos humanos em hospitais do sistema único de saúde: entre a assistência e a gestão.** Dissertação. Faculdade de Ciências Econômicas. 2011.

NICOLA, A.L.; ANSEMI, M.L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 186-190, Abr. 2005.

OLIVEIRA, N.A.; et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto contexto - enferm.** 2009, vol.18, n.4, pp. 697-704.

OLSON-SITKI, K.; WENDLER, C.; FORBES, G. Evaluating the Impact of a Nurse Residency Program for Newly Graduated Registered Nurses. **Journal for Nurses in Staff Development.** Volume 28, Number 4, pp. 156-162. 2012.

OROFINO, M.M.B. **Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novonaquilo que já está posto.** Monografia de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: **Saúde Coletiva.** Textos Didáticos (L. M. Vieira-da-Silva, org.), 1994, pp. 61-82, Salvador: Centro Editorial e Didático, Universidade Federal da Bahia.

PELOSO, A.C.; YONEMOTO, H.W. Atração, desenvolvimento e retenção de talentos. Unitoledo. Presidente Prudente. **Revista UNITOLEDO**, 2010.

PINE, R.; TART, K. Return on investment: benefits and challenges of baccalaureate nurse residency program. **Nurs Econ.**, v. 25, n. 1, p. 13-8, 39, 3; quiz 19, Jan-Feb. 2007.

ROSA, S.D.; LOPES, R.E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab Educ Saúde**; v. 7, n. 3, p. 479-98. 2010.

RHODES, C.; et al. Registered nurse perceptions after implementation of a nurse residency program. **J Nurs Adm.**, v. 43, n. 10, p. 524-9, Oct. 2013.

SANTANA, N.; FERNANDES, J.D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 809-15, nov-dez. 2008.

SANTOS, V.P.; WHITAKER, I.Y.; ZANEI, S.S.V. Especialização em Enfermagem Modalidade Residência em Unidade de Terapia Intensiva: egressos no mercado de trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 28(2):193-9, 2007.

SILVA, R.M.O. **Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas.** Salvador. 2013.

SILVA, R.M.O., et al. Contribuição do curso de especialização, modalidade residência para o saber profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, 27(4), 362-366, 2014.
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400060>

SILVA, D.G.V.; et al. The challenges coped by the novice in nursing practice. **Revista Escola enfermagem USP**. 2010, vol.44, n.2, pp. 511-516.

SIMONETTI, S.H.; et al. Perfil e expectativas dos ingressantes no Curso de Residência em Enfermagem Cardiovascular entre 1980 e 2004. **Rev.Enferm. UERJ**. V. 15, n. 3, p. 376-80. Jul, 2007.

SOVIENSKI, F; STIGAR, R. Recursos Humanos x Gestão de Pessoas. **GESTÃO – Revista Científica de Administração**. v. 10, n. 10, jan./jun. 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

VARNER, K.D.; LEEDS, R.A. Transition within a graduate nurse residency program. **J Contin Educ Nurs.**, v. 43, n. 11, p. 491-9; quiz 500- 1, Nov. 2012.

WELDING, N.M. Creating a nursing residency: decrease turnover and increase clinical competence. **Medsurg Nurs.**, v. 20, n. 1, p. 37-40, Jan-Feb. 2011.

ZANONI, C.S.; et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 215-224, ago. 2015.

APÊNDICE A

REVISÃO DA LITERATURA - ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE BASEADA EM EVIDÊNCIA

RESUMO

Objetivo: analisar as contribuições de cursos de residência para Enfermeiros. **Método:** revisão sistemática realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, em 18 de março de 2015. Foram utilizados três descritores: “internato não médico”, “especialização” e “enfermagem” e o protocolo PRISMA. Critérios de inclusão: artigos em inglês, português e espanhol, publicados no período de 1996 a 2014, que abordassem o tema “residência e enfermagem”. Foram selecionados 20 artigos. **Resultados:** as contribuições da residência foram: promover a capacitação para o exercício profissional e tomada de decisão, melhorar a relação interpessoal no trabalho, facilitar a inserção no mercado de trabalho, e possibilitar a ampliação do conhecimento e pensamento crítico. **Considerações Finais:** o curso de residência em enfermagem é capaz de proporcionar autoconfiança, segurança e desenvolvimento de habilidades práticas, além de ser um instrumento para o crescimento pessoal, com abertura do mercado de trabalho e contribuição para formação teórico-prática.

Descritores: Internato não Médico; Especialização; Enfermagem.

Palabras-Clave: Internado no Médico. Especialización. Enfermería.

Key-Words: Internship, Nonmedical. Specialization. Nursing.

INTRODUÇÃO

Os cursos de residência em enfermagem surgiram pela necessidade de formação de recursos humanos capacitados para atuarem nas diversas áreas de especialização em saúde, caracterizando-se como uma modalidade de especialização centrada no treinamento em serviço, que busca desenvolver habilidades técnico-científicas e valores éticos do exercício profissional.

São cursos estruturados em parceria da academia e os serviços de saúde, em que a experiência da pós-graduação se mostra projetada para o desenvolvimento de competências inerentes à prática de enfermagem, visto que, estão diretamente em contato com o cotidiano do trabalho em saúde^(1,2).

Uma peculiaridade desse tipo de especialização é a possibilidade do profissional trabalhar e, no desenvolvimento desse trabalho, realizar atividades de pesquisa e produção de conhecimentos de impacto para a área, realizando ações concretas na prática de enfermagem⁽³⁾.

A residência em enfermagem é pouco difundida se comparada com outras modalidades de ensino de pós-graduação. No entanto, já existem diversos cursos nesse formato de pós-graduação disseminadas pelo mundo. Eles têm como objetivos evidenciar contribuições relacionadas ao aprimoramento das habilidades técnicas do enfermeiro; desenvolver o raciocínio clínico e capacitar para a tomada de decisão; incentivar atitudes que permitam valorizar a significação dos fatores somáticos, psicológicos e sociais que interferem no processo de saúde e doença; valorizar as ações de saúde de caráter preventivo; promover a integração do enfermeiro com a equipe multiprofissional para prestação de assistência aos pacientes; estimular a capacidade de aprendizagem independente e de participação em programas de educação permanente⁽⁴⁾.

No entanto, apesar de sua expressiva importância, o número de residências em enfermagem ainda se faz inferior para suprir a necessidade da busca por melhor preparo profissional para inserção no mercado de trabalho atual. Apesar dessa carência, tem aumentado a demanda de capacitação por meio de cursos de residências em enfermagem que passam a ter cada vez mais importância e notoriedade para os profissionais, sendo requisito quase que indispensável para gerar oportunidades de ingresso, manutenção e crescimento no mercado de trabalho. Por outro lado, observa-se uma carência de estudos que apontem a importância dos cursos de residência em enfermagem no país.

Fica evidente a necessidade de estudos sobre essa temática, com a finalidade de evidenciar a contribuição desses cursos na capacitação de profissionais para a qualidade da assistência à saúde da população, o que justifica a realização do presente estudo.

Diante dessas considerações, emergiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: quais as contribuições do curso de residência para enfermeiros?

OBJETIVO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar as contribuições dos cursos de residência para enfermeiros.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de cunho exploratório-descritivo, a qual “disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada”⁽⁵⁾.

Com a análise baseada em evidência é permitido o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na obtenção e inclusão de estudos primários, através da extração de dados de qualidade sobre as contribuições evidenciadas nos estudos encontrados. Nesse sentido, a revisão sistemática é um dos métodos mais adequados e atuais para resumir e sintetizar evidências no processo de construção do conhecimento^(4,5).

Este estudo é oriundo de uma dissertação de mestrando financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através de bolsa de estudo.

As etapas que possibilitaram a operacionalização da revisão foram: definição da questão do estudo, identificação das bases de dados a serem utilizadas, estabelecimento de critérios para seleção dos artigos (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão), organização da literatura encontrada, análise e avaliação dos estudos, apresentação do resumo crítico e conclusões⁽⁵⁾.

A presente revisão sistemática teve como base o protocolo internacional denominado PRISMA⁽⁶⁾. O protocolo PRISMA é uma diretriz de relatório destinada a melhorar a integridade de revisões sistemáticas e metanálises. Nessa investigação, foram conferidos os 27 itens da lista de verificação (*checklist*) para elaboração do estudo^(6,7).

O levantamento dos artigos foi realizado na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME). Para isso foram utilizados três descritores: “internato não médico”, “especialização” e “enfermagem”. A estratégia de busca utilizada para assegurar a máxima captura de artigos, foi: (“internato não médico” OR “residência não médica não odontológica” OR “especialização” OR “áreas de especialidade” OR “especialista” OR “especialistas” OR “especialidades” OR “especialidade”) AND “enfermagem”; (“internship” OR “nonmedical” OR “specialization” OR “specialism” OR “specialties” OR “specialty” OR “residency nonmedical”) AND “nursing”; e (“internado no médico” OR “especialización” OR “residencia no médica” OR “áreas de especialidad” OR “especialismo” OR “especialista” OR “especialistas” OR “especialidades” OR “especialidad”) AND “enfermeira”.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de 1996 a 2014, que abordassem o tema “residência e

enfermagem”. Artigos de revisão de literatura, editorial, cartas ao editor, teses e dissertações foram excluídos.

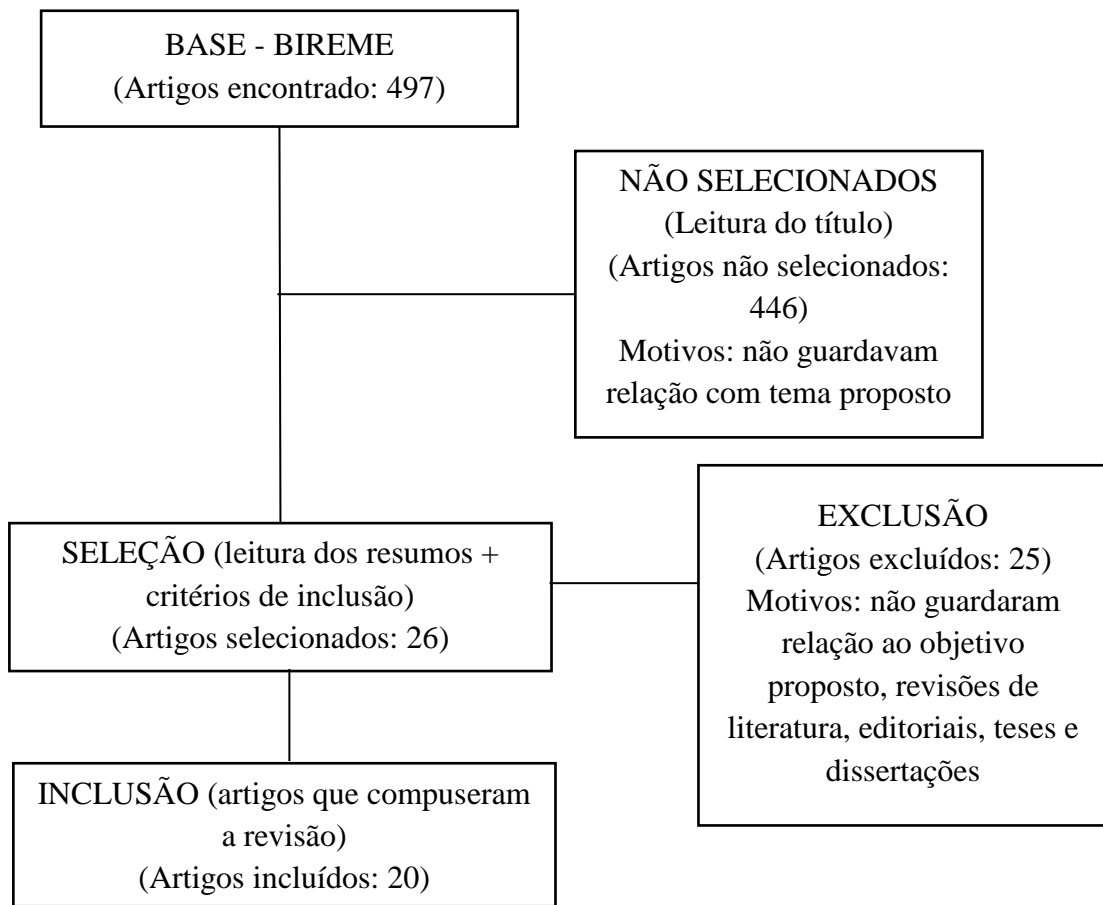
A busca foi realizada em 18 de março de 2015 e foram identificados 497 artigos. Após a identificação dos artigos, com a busca realizada na base de dados, foi feita a leitura dos títulos para verificar os artigos que guardavam relação com o tema proposto. Nessa etapa, foram selecionados 51 artigos. Os demais artigos foram excluídos, já que não foi possível identificar a relação com o tema proposto.

Com a seleção dos artigos pelos títulos, deu-se a realização da fase seguinte com a leitura dos resumos dos artigos. Nessa etapa, foram selecionados 26 artigos. Os demais artigos foram excluídos pelo fato de não guardarem relação com o objetivo desta investigação e por serem revisões da literatura, editoriais, teses e dissertações.

Através da etapa final, com a leitura completa dos artigos, foram selecionados 20 artigos que corresponderam ao objetivo proposto, compondo a análise do estudo. Os artigos foram analisados por dois revisores independentes.

Os princípios éticos foram respeitados, na medida em que as obras e os autores utilizados foram devidamente referenciados no texto, em atenção às determinações da Lei dos Direitos Autorais 9.610, de 19 de fevereiro de 1998⁽⁸⁾.

A figura 1 apresenta a síntese da seleção de artigos da revisão sistemática.

Figura 1 - Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos

Fonte: Dados da Pesquisa.

RESULTADOS

Durante a análise dos conteúdos presentes nos artigos, a contribuição, a satisfação e a importância das mudanças proporcionadas pelas residências para os profissionais enfermeiros, assim como as melhorias nos programas, metodologias e estratégias de ensino prático e teórico, e como estas refletiram nesses profissionais residentes, foram os itens que, em geral, constituíram o objetivo de pesquisa.

As contribuições dos cursos de residência para Enfermeiros que foram evidenciadas nessa revisão foram promover a capacitação profissional para o exercício profissional e para a tomada de decisão, melhorar a relação interpessoal no trabalho, facilitar a inserção no mercado de trabalho, e possibilitar a ampliação do conhecimento e do pensamento crítico.

A tabela 1 descreve os artigos segundo as variáveis, autoria, idioma, abordagem metodológica e as contribuições dos cursos de residência para enfermeiros, conforme sua homogeneidade.

Tabela 1 – Descrição dos artigos segundo as variáveis, autoria, idioma, abordagem metodológica e as contribuições dos cursos de residência em enfermagem, Salvador, Brasil, 2015

Referência do artigo	Ano de publicação	Abordagem metodológica	Contribuições dos cursos de residência para Enfermeiros			
			Capacita para o exercício profissional	Subsidia a tomada de decisão e melhora relação interpessoal no trabalho	Facilita a inserção no mercado de trabalho	Amplia o conhecimento e o pensamento crítico
Olson-Sitki et al. ⁽¹⁾	2012	Descritivo não experimental	x	x	-	x
Carbogim et al. ⁽²⁾	2010	Relato de experiência	x	-	-	x
<u>Aguiar</u> et al. ⁽⁹⁾	2004	Documental e qualitativo	x	-	-	x
<u>Simonetti</u> et al. ⁽¹⁰⁾	2007	Retrospectivo e documental	x	-	x	x
Goode et al. ⁽¹¹⁾	2013	Quantitativo	x	x	-	-
<u>Rhodes</u> et al. ⁽¹²⁾	2013	Qualitativo	x	-	-	x
Welding ⁽¹³⁾	2011	Qualitativo	-	-	x	x
<u>Anderson</u> et al. ⁽¹⁴⁾	2009	Qualitativo	x	x	-	-
Goode et al. ⁽¹⁵⁾	2009	Qualitativo	x	-	-	x
<u>Fink</u> et	2008	Qualitativo	x	-	x	x

<u>al.</u> ⁽¹⁶⁾							
<u>Pine</u>	2007	Quantitativo	x	x	x	x	
<u>eTart</u> ⁽¹⁷⁾							
Santos et al. ⁽¹⁸⁾	2007	Quantitativo	x	-	x	x	
Rosenfeld et al. ⁽¹⁹⁾	2004	Qualitativo	x	-	-	-	x
Varner e Leeds ⁽²⁰⁾	2012	Qualitativo	x	-	x	x	
Barros e Michel ⁽²¹⁾	2000	Relato de experiência	x	-	-	-	x
Johnson et al. ⁽²²⁾	2013	Quantitativo	x	x	-	-	x
Bérubé et al. ⁽²³⁾	2012	Quantitativo	x	-	-	-	-
Herdrich e Lindsay ⁽²⁴⁾	2006	Quanti-qualitativo	-	x	x	x	x
Olson et al. ⁽²⁵⁾	2001	Descritivo qualitativo	x	x	-	-	-
Lopes e Baptista ⁽²⁶⁾	1999	Histórico documental	x	-	-	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

A residência oportuniza o aprofundamento do conhecimento e o desenvolvimento de competências técnicas para a assistência de enfermagem, possibilitando crescimento e melhores condições de empregabilidade⁽²⁷⁾.

Os cursos de residência oferecem oportunidade para aprofundar o conhecimento técnico-científico, possibilitando treinamento em cargos de liderança e chefia; ampliam as oportunidades no mundo do trabalho; e acompanham as inovações tecnológicas. Esses cursos ainda proporcionam maior inserção no mercado de trabalho, e são fundamentais para a qualificação profissional e a aquisição de empregos mais valorados no mercado de trabalho^(2,28).

Outros estudos evidenciaram melhor retenção dos residentes, aumento do pensamento crítico, socialização, capacidade de gerir o estresse, habilidades para resolver problemas e, conseqüentemente, aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem^(22,24).

Os enfermeiros residentes, egressos do curso e preceptores relataram aumento da satisfação e competência após a participação no curso de residência em enfermagem, o que revelou a interação proporcionada pelos cursos, não só entre residente/preceptor, mas também satisfação envolvendo residente/paciente/trabalho em equipe.

Corroborando esse achado, a relação e a troca do aprendizado profissional, proporcionado pela atualização de novas técnicas e estudos pelo programa de residência, mostraram importante relação do conhecimento profissional proporcionado pelo trabalho em equipe de todos os envolvidos no desenvolvimento do curso^(3,4).

Houve também relato de uma melhora da comunicação com os médicos, pacientes e familiares; desenvolvimento do conhecimento e da habilidade do saber fazer em situações adversas; delegar tarefas priorizando o atendimento ao paciente; e o preparo para completar as responsabilidades do trabalho⁽¹⁾.

Além disso, o curso de residência proporcionou aprofundamento do conhecimento técnico/científico, desenvolvimento de maior segurança na realização das técnicas assistenciais, prestação da assistência de forma mais integral e humanizada, e a formação de um profissional mais capacitado para atuar nos processos de trabalho em saúde^(27,29).

Nota-se que a análise baseada em evidência é um processo de descobertas, avaliação e aplicação de evidências científicas para o gerenciamento e formação em saúde, ao serem guiadas por meio de resultados de pesquisas, consenso de pesquisadores ou através da homogeneidade entre ambos⁽³⁰⁾.

Além de não se dispor de um número significativo de cursos de residência, percebe-se que a produção acadêmica, deles decorrente, ainda são tímidas, tanto em cunho nacional quanto internacional. Isso, de certa forma, reflete na qualidade dos cursos prestados, visto que um dos maiores temas de discussões sobre residência em enfermagem nas instituições estrangeiras está relacionado a melhorar a metodologia e as estratégias acerca do curso, buscando sempre a melhor qualificação desses profissionais. Nos artigos nacionais, ainda se produz e discute pouco sobre isso, o que configura um reflexo da importância em diminuta em razão dos cursos de especialização em enfermagem e de sua metodologia de ensino.

Parte dos artigos trata do assunto de forma qualitativa, discorrendo questões sobre os cursos de residência ou sobre os residentes, trazendo diversas análises e discussões que se

mostram relevantes num contexto ainda de poucas produções e um maior número de pesquisas originais, o que indica um crescimento mesmo que seja de forma discreta.

Pode-se identificar que a enfermagem ainda não dispõe de quantidade de pesquisa científica suficiente que retratem fortes evidências quanto à melhoria e avaliação de metodologias e estratégias de formação nos cursos de residência em enfermagem.

Ainda que ocorrendo de forma lenta e gradual, o desenvolvimento científico na Enfermagem auxilia na consolidação e no reconhecimento da profissão enquanto ciência, legitimando-a entre as diversas profissões da saúde e, perante a sociedade, como uma classe que se percebe como força de trabalho e produtora de conhecimento⁽³¹⁾.

Os estudos analisados abordaram, também, temas relacionados a relatos de experiência e desenvolveram pesquisas sobre os residentes recém-formados, trazendo suas práticas profissionais ou análises a respeito dos cursos e sua relevância no contexto de qualificação profissional.

Limitações do Estudo

As limitações do estudo se relacionam ao método proposto, com a adoção de critérios de inclusão e exclusão, adotados pelo estudo

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Subsidiar pesquisadores que trabalham com a temática e anunciar possíveis lacunas na produção científica sobre as contribuições da residência em enfermagem como modalidade de formação de recursos humanos em saúde, além de oferecer subsídios para a mudança paradigmática na formação em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais enfermeiros dos cursos de residência em enfermagem se mostraram cada vez mais interessados em cursos de residência e avaliaram o investimento como importante para sua qualificação profissional, o que se reflete na forma positiva em seu currículo, e oportuniza melhores chances de emprego, tornando-os profissionais mais preparados e integrados na profissão.

As evidências científicas revelaram, também, resultados positivos no que se referiu ao aprimoramento de conhecimentos técnico-científicos e das práticas necessárias à prestação da assistência de enfermagem à saúde da população, de forma integral e humanizada, assim como à formação de um profissional mais capacitado para atuar no processo de trabalho em saúde.

Em sua totalidade, as evidências mostraram que cursos de residência em enfermagem foram capazes de proporcionar autoconfiança, segurança e desenvolvimento de habilidades práticas, além de ser um instrumento ativo para crescimento pessoal, abrindo portas para o mercado de trabalho e contribuindo para formação teórico-prática.

Espera-se, que o presente estudo, possa subsidiar pesquisadores que trabalham com a temática e anunciar possíveis lacunas na produção científica sobre as contribuições da residência em enfermagem como modalidade de formação de recursos humanos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Olson-Sitki K, Wendler C, Forbes G. Evaluating the impact of a nurse residency program for newly graduated registered nurses. *J Nurses Staff Dev.* 2012 Jul;28(4):156-62.
2. Carbogim FC, Santos KB, Alves MS, Silva GA. [Nursing residency: experience of Juiz de Fora from the point of view of residents]. *Revista APS [Internet].* 2010 [cited 2015 Aug 3];13(2):245-9. Available from: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-560231Portuguese>.
3. Goulart CTG, Silva RM, Bolzan MEO, Guido LA. [Sociodemographic and academic profile of multiprofessional residents of a Public University]. *Rev Rene [Internet].* 2012 [cited 2015 Aug 3];13(1):178-86. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/29/25> Portuguese.
4. Anderson G, Hair C, Toderro C. Nurse residency programs: an evidence-based review of theory, process, and outcomes. *J Prof Nurs.* 2012 Jul-Aug;28(4):203-12.
5. Sampaio RF, Mancini MC. [Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence]. *Rev Bras. Fisioter [Internet].* 2007 [cited 2015 Aug 3];11(1):83-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf> Portuguese.
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol [internet].* 2009 [cited 2015 Aug 3];Oct;62(10):1006-12.

7. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, Chaimani A, Schmid CH, Cameron C, et al. The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions: Checklist and Explanations. *Ann Intern Med* [internet]. 2015 [cited 2015 Aug 3];162(11):777-784. Available from: <http://annals.org/article.aspx?articleid=2299856>
8. Brasil. Lei nº 9.610, de 1º de Fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 20 Fev 1998 [cited 2015 Aug 3];Seção 1:3; Coluna 2. Available from: <http://www.publinter.com.br/content/material/autoral.pdf>
9. Aguiar BGC, Moura VLF, Sória DAC. [Course of specialization in nursing residence]. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2004 Oct [cited 2015 Aug 3];57(5):555-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500008&lng=enPortuguese.
10. Simonetti SH, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. [Profile and expectations of nurses admitted to the Cardiovascular Nurse Residency Program between 1980 and 2004]. *Rev Enferm.* [Internet]. 2007 Jul [cited 2015 Aug 3];15(3):376-80. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a09.pdf>Portuguese.
11. Goode CJ, Lynn MR, McElroy D, Bednash GD, Murray B. Lessons learned from 10 years of research on a post-baccalaureate nurse residency program. *J Nurs Adm.* 2013 Feb;43(2):73-9.
12. Rhodes C, Radziewicz R, Amato S, Bowden V, Hazel C, McClendon S, et al. Registered nurse perceptions after implementation of a nurse residency program. *J Nurs Adm.* 2013 Oct;43(10):524-9.
13. Welding NM. Creating a nursing residency: decrease turnover and increase clinical competence. *Medsurg Nurs.* 2011 Jan-Feb;20(1):37-40
14. Anderson T, Linden L, Allen M, Gibbs E. New graduate RN work satisfaction after completing an interactive nurse residency. *J Nurs Adm.* 2009 Apr;39(4):165-9.
15. Goode CJ, Lynn MR, Krsek C, Bednash GD. Nurse residency programs: an essential requirement for nursing. *Nurs Econ.* 2009 May-Jun;27(3):142-7, 159; quiz 148.
16. Fink R, Krugman M, Casey K, Goode C. The graduate nurse experience: qualitative residency program outcomes. *J Nurs Adm* [Internet]. 2008 Jul-Aug [cited 2015 Aug 3];38(7-8):341-8. Available from: http://www.researchgate.net/publication/23158878_The_graduate_nurse_experience_-_Qualitative_residency_program_outcomes

17. Pine R, Tart K. Return on investment: benefits and challenges of baccalaureate nurse residency program. *Nurs Econ*. 2007 Jan-Feb;25(1):13-8, 39, 3; quiz 19.
18. Santos VP, Whitaker IY, Zanei SSV. [Nursing Specialization Course Residency Program in Intensive Care Unit: graduated nurses in the labor Market]. *Rev Gaucha Enferm*. 2007 Jun;28(2):193-9. Portuguese.
19. Rosenfeld P, Smith MO, Iervolino L, Bower-Ferres S. Nurse residency program: a 5-year evaluation from the participants' perspective. *J Nurs Adm*. 2004 Apr;34(4):188-94.
20. Varner KD, Leeds RA. Transition within a graduate nurse residency program. *J Contin Educ Nurs*. 2012 Nov;43(11):491-9; quiz 500- 1.
21. Barros AL, Michel JL. [Nursing specialization program: residential model: experience of establishing oneself in a teaching hospital]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000 Jan;8(1):5-11. Portuguese.
22. Johnson A, Salisbury H, Johannsson M, Barajas K. Emergency nurse residency program evaluation. *J Nurses Prof Dev*. 2013 Sep-Oct;29(5):233-7
23. Bérubé M, Valiquette MP, Laplante É, Lepage I, Belmonte A, Tanguay N, et al. Nursing residency program: a solution to introduce new grads into critical care more safely while improving accessibility to services. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2012 Mar;25(1):50-67.
24. Herdrich B, Lindsay A. Nurse Residency Programs: Redesigning the Transition Into Practice. *J Nurses Staff Dev*. 2006 Mar-Apr;22(2):55-62; quiz 63-4.
25. Olson RK, Nelson M, Stuart C, Young L, Kleinsasser A, Schroedermeier R, et al. Nursing student residency program: a model for a seamless transition from nursing student to RN. *J Nurs Adm*. 2001 Jan;31(1):40-8.
26. Lopes GT, Baptista SS. A trajetória da residência no Brasil. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 1999;3(1):58-71.
27. Silva RMO, Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GAS. Contribution of a residency specialization program to professional know-how. *Acta Paulista de Enfermagem [Internet]*. 2014 [cited 2015 Jun 10];27(4):362-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/en_1982-0194-ape-027-004-0362.pdf
28. Maxwell KL. The Implementation of the UHC/AACN New Graduate Nurse Residency Program in a Community Hospital. *Nurs Clin North Am*. 2011 Mar;46(1):27-33.
29. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. [Multi-professional residency in health: the search for integrality]. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2015 Aug 3];18(3):592-5. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33577/21075> Portuguese.

30. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. [Evidence-based practice: theoretical considerations on its implementation in perioperative nursing]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2002 Sep-Oct [cited 2015 Sep 10];10(5):690-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf> Portuguese.
31. Backes VMS, Prado ML, Lino MM, Ferraz F, Reibnitz KS, Canever BP. [Nursing Education Research Groups in Brazil]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Apr;46(2):436-42. Portuguese.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: _____

Local da Entrevista: _____ Início: _____ h. Término: _____ h.

Parte I: Caracterização dos Participantes

Dados de Identificação:

Idade: _____

Sexo: Fem. () Mas. ()

Dados Acadêmicos:

Formação: _____

Tempo de formada(o): _____

Cursos de Pós-Graduação realizado:

() Doutorado – especifique: _____

() Mestrado – especifique: _____

() Especialização – especifique: _____

Dados Profissionais:

Organização: _____

Área de atuação: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Parte II: Entrevista Semiestruturada - questões norteadoras

1. Como o(a) Senhor(a) percebe a formação do programa de residência para Enfermeiras?
2. Como o programa de residência é desenvolvido nesta organização de saúde?
3. A partir de sua experiência como gestor desta organização, relate as contribuições do programa de residência para as organizações hospitalares?

APÊNDICE D**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM****CARTA CONVITE**

Prezada(o) Gestora(or),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa que tem como título “Contribuição do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares”. Tem como objetivo principal Analisar as contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. A referida pesquisa será desenvolvida sob a responsabilidade do(as) Enfermeiro(as) pesquisador(a) Lázaro Souza da Silva, Rosana Maria de Oliveira Silva e Josicélia Dumêt Fernandes, como atividade de conclusão do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Entendemos que os resultados desse estudo possam, contribuir para fortalecer o desenvolvimento de estratégias que visam a ampliação da Residência em Enfermagem, seja ela multiprofissional ou em área profissional da saúde, evidenciando sua importância para o Sistema Único de Saúde.

Entretanto, sabemos que diariamente temos pouco tempo disponível, mas garanto que 1 hora serão suficientes para nossa entrevista. Temos a certeza de que contaremos com você!

As informações fornecidas serão guardadas por nós durante cinco anos na Escola de Enfermagem da UFBA e estará a sua disposição sempre que desejar. Afirmamos que quaisquer informações referentes à metodologia e ao andamento da pesquisa lhe serão fornecidas a qualquer momento caso seja solicitado. Garantimos, também, a liberdade de recusar a participar desta pesquisa, bem como de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Informamos que o seu anonimato será assegurado e os riscos, constrangimentos e desconfortos durante a coleta dos dados, serão evitados, levando em consideração os benefícios da pesquisa, cujos resultados serão divulgados através de relatório, artigos para publicação, apresentação em congressos nacionais e internacionais. Os

pesquisadores não terão benefícios financeiros diretos ou indiretos; e os custos correrão por conta dos pesquisadores, ou seja, você também não terá despesas pessoais com a pesquisa. Desta forma, torno claro o quanto é importante para nós a sua participação, e caso aceite participar peço que assine o termo de consentimento livre e esclarecido que segue em duas vias das quais uma fica com você e a outra com os pesquisadores.

Antecipadamente agradeço,

Lázaro Souza da Silva

APÊNDICE E**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) senhor(a) está convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa que tem como título “Contribuição do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares”. Tem como objetivo principal Analisar as contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. A referida pesquisa será desenvolvida sob a responsabilidade do(as) Enfermeiro(as) pesquisador(a) Lázaro Souza da Silva, Rosana Maria de Oliveira Silva e Josicélia Dumêt Fernandes, como atividade de conclusão do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Sua participação será importante, mas o (a) senhor (a) poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador, como também no local que trabalha. Caso o senhor (a) aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, sendo que sua identificação se dará pela palavra gestor(a), seguida por um número na ordem em que a entrevista foi realizada com o objetivo de garantir o sigilo, o anonimato e assegurar a sua privacidade em todas as etapas dessa pesquisa. Assim, seu nome não será citado e não será utilizado nada que possa identificar o (a) senhor (a).

Para coletar as informações será realizado um diálogo, mantido durante uma entrevista com perguntas sobre o assunto. Para tanto, solicitamos a sua autorização para gravar o diálogo com um gravador digital para facilitar que as informações sejam escritas do modo que foram faladas. A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito, na própria instituição, na sua residência, ou em outro local o mais confortável possível. Concordando em participar da entrevista, o (a) senhor (a) poderá ouvir a gravação e retirar ou acrescentar quaisquer informações. Os dados coletados serão utilizados apenas neste estudo, sua exatidão preservada, podendo os resultados ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados serão guardados por cinco (05) nos arquivos

virtuais do Grupo de Estudos e Pesquisa em Ética/Bioética, Educação e Exercício de Enfermagem (EXERCE), podendo ser utilizado para estudos vinculados ao grupo, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas o (a) senhor (a) poderá se sentir desconfortável ao compartilhar suas experiências profissionais e relatar informações pessoais com o pesquisador. Caso isso aconteça, o (a) senhor (a) não será obrigado (a) a responder a alguma pergunta que considere ser muito íntimo ou desconfortante. Para minimizar possíveis efeitos ou condições adversas, me comprometo de realizar a entrevista no máximo em uma hora, em ambiente reservado e confortável, providenciar uma água ou interromper a entrevista caso o (a) senhor (a) prefira.

O senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar dessa pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Sua participação na pesquisa também não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possibilite contribuir para melhoria da qualidade e incentivo da formação de enfermeiras residentes.

Este termo será assinado em duas vias, uma ficará de posse do pesquisador, e a outra do senhor (a) para que possa solicitar esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa ou desistir, sem nenhuma penalidade. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e no formato de artigos científicos em periódicos nacionais e internacionais, divulgados em eventos técnicos-científicos e nas instituições que fizeram parte da coleta de dados, oportunidade em que todos (as) serão convidados (as).

Caso o(a) senhor(a) tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, podemos conversar sobre a mesma neste momento, ou o (a) senhor (a) poderá entrar em contato comigo. Segue meu nome, endereço, telefones e e-mail: Lázaro Souza da Silva, Escola de Enfermagem UFBA, Campus Universitário do Canela, Avenida Dr. Augusto Viana, S/N, Canela. Salvador-BA. CEP:40110-060. FONE: (71) 3283-7631. E-mail: lazolss@gmail.com e lazo_lss@hotmail.com.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar da pesquisa.

Agradeço a sua atenção!

Salvador _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Lázaro Souza da Silva
Pesquisador

ANEXO I – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM PARA AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Pesquisador: Lézaro Souza de Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47743915.0.0000.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.426.417

Apresentação do Projeto:

A Residência em Enfermagem configura-se em modalidade de pós-graduação "Latu Sensu", destinada a enfermeiros, caracterizada por desenvolvimento das competências técn-co-científica e ética, decorrentes do treinamento em serviço, segundo a resolução COFEN nº259/2001, art. 2º. O estudo justifica-se pelo fato de revelar uma realidade ainda pouco conhecida e estudada, a qual ainda não se tem um conhecimento das contribuições da residência em enfermagem para a organização hospitalar no âmbito do SUS, na visão do gestor dessas organizações. Atrelado a isso, os estudos existentes, apesar de mostrar conhecimentos já construídos sobre residência em enfermagem, com relação à visão do residente e da enfermeira (multiprofissional e em área profissional de saúde para a enfermagem), não avança como objetividade acerca da percepção dos gestores. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo de caráter exploratório. O estudo será realizado

em organizações hospitalares que são campos de estágios para as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde em enfermagem.

Os participantes do estudo serão os gestores das organizações hospitalares que são campos de estágios para residências multiprofissionais e em área profissional de saúde em enfermagem. Para coleta dos dados será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, além de uma matriz para caracterização das Organizações Hospitalares e seus gestores (sujeitos da pesquisa). A análise dos

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.113-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3285-8049 **Fax:** (71)3285-6140 **E-mail:** cep.hupes@hupel.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 1.428.417

dados será realizada através de análise de conteúdo categorial proposta por Bardin. Os aspectos éticos serão respeitados, assim como a resolução que envolve pesquisa com Seres Humanos, Resolução 466/12. **CONTRIBUIÇÕES:** Espero com este estudo, contribuir para fortalecer o desenvolvimento de estratégias que visam a ampliação da residência em enfermagem, seja ela multiprofissional ou em área profissional da saúde, evidenciando sua importância para o Sistema Único de Saúde a qual estes profissionais são formados. Prestando também com a percepção dos gestores hospitalares, mostrar à outras instituições a contribuição da residência em enfermagem, para as organizações de saúde, usuário e profissionais

Hipótese:

Este projeto tem como objetivo analisar as contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares. Os cursos de especialização, modalidade residência para enfermeiras, surgem no Brasil no início da década de 60, visando complementar a formação da enfermeira recém-graduada, a fim de atender às demandas do mercado de trabalho (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004). Foram se expandindo inicialmente na Região Sudeste do Brasil, no início da década de 70 e, logo após, por todo país. Com a expansão dos cursos de residência iniciaram-se uma série de conferências, oficinas e seminários, oferecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem e pelo Conselho Federal de Enfermagem, com o entendimento de que, muitos dos cursos de residência em enfermagem encontravam-se estruturados, de forma que dificilmente confeririam título de especialista às enfermeiras (CARBOGIM, et al, 2010). A preocupação em discutir a qualidade da formação desses cursos, ocorreu devido ao fato de muitas enfermeiras terem sido absorvidas pelas instituições de saúde para o treinamento em serviço em um modo altamente questionável, mecânico e assistemático, sem preocupação com a qualidade da formação dos profissionais. Os cursos de especialização na modalidade residência para enfermeiras têm como princípio o treinamento em serviço articulado ao conhecimento teórico. Esses cursos qual ficam profissionais a partir da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde, podendo ser multiprofissionais ou em área profissional da saúde (CARBOGIM, et al, 2010). Destina-se, ademais, ao treinamento com domínio científico e técnico de uma determinada e limitada área do saber ou da profissão (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004). Aguiar et al (2005), reforçam ainda que, o curso de residência em enfermagem habilita a enfermeira, por meio da articulação entre o conhecimento teórico e prático, para atuar no contexto organizacional e funcionamento do SUS, abrangendo áreas de conhecimento da enfermagem e

Endereço: Rua Augusto Vespa, s/nº - 1º Andar
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-8048 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 1.428.417

atendendo às necessidades das populações, considerando o perfil epidemiológico de cada região brasileira. Sob essa ótica, os cursos de especialização na modalidade residência para enfermeiras devem priorizar conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem, inseridos nas Redes de Atenção à Saúde e princípios do SUS, que

possibilitam transformações nas práticas de saúde com o envolvimento da gestão, atenção, formação, descentralização e participação social (GOULART, 2012). Com a inserção de profissionais em modelos questionáveis não se atenderia substancialmente o objetivo do SUS, modelos questionáveis esses, por ter a percepção de que algumas instituições tinham os residentes como mão de obra barata, em detrimento da qualidade

da formação em serviço. Nessa percepção, Silva (2010) adverte que o SUS tem como desafios garantir acesso com qualidade em tempo oportuno a todos os cidadãos brasileiros; proporcionar a distribuição de profissionais em diversas regiões, atendendo assim ao princípio da descentralização; estimular abertura de novos cursos e programas de residência; e eliminar a desarticulação do trabalho multiprofissional nos serviços de saúde.

Metodologia

Procedo desenvolver um estudo com abordagem qualitativa e exploratório, por entender que atende aos objetivos da investigação. A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, "além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação" (MINAYO, 2013, p.24). Segundo Trivinhos (2009); Gili (2008); Marconni e Lakatos (2010), os estudos exploratórios proporcionam uma familiaridade do pesquisador quanto ao problema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as contribuições do curso de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as organizações hospitalares que são cenários de treinamento em serviço para

Endereço: Rua Augusto Vianna, s/nº - 1º Andar
 Bairro: Canela CEP: 40.110-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3263-8043 Fax: (71)3263-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 1.428.417

enfermeiras do curso residência multiprofissional e em área profissional da saúde. – Identificar as contribuições dos cursos de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em enfermagem para as organizações hospitalares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas o (a) senhor (a) poderá se sentir desconfortável ao compartilhar suas experiências profissionais e relatar informações pessoais com o pesquisador. Caso isso aconteça, o (a) senhor (a) não será obrigado (a) a responder a alguma pergunta que considere ser muito íntimo ou desconfortante. Para minimizar possíveis efeitos ou condições adversas, me comprometo de realizar a entrevista no máximo em uma hora, em ambiente reservado e confortável, providenciar uma água ou interromper a entrevista caso o (a) senhor (a) prefira.

Benefícios:

Sua participação na pesquisa também não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possibilite contribuir para melhoria da qualidade e incentivo da formação de enfermeiras residentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevância na área da saúde pública, com metodologia exploratória qualitativa que pode contribuir para melhorar no meio hospitalar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep_hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 1.428.417

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 468/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 19 de Novembro de 2015

Assinado por:
REGINA SANTOS
 (Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8143 E-mail: cep.hupes@gmail.com