



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - RS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM  
4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE –RS  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE DE SANTA MARIA - RS

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM  
GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR  
NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO DA ÊNFASE**

-  CRÔNICO-DEGENERATIVO
-  ONCO-HEMATOLOGIA
-  MÃE-BEBÊ
-  SAÚDE MENTAL

**NÚCLEO GESTOR DO PROJETO**

**Coordenadora geral:** Enf<sup>a</sup>.Prof<sup>a</sup>. Dr. Vânia M.Fighera Olivo – CCS/HUSM/UFSM

CONTATOS: EMAIL- vaniaolivo@yahoo.com.br

FONES- (55) 9162 7627 - (55) 3220 8577 (Coordenação da Residência)

(55) 3220 8707 – Direção de Enfermagem/HUSM)

**Vice-Coordenadora:**

**Equipe de elaboração e gerência do projeto:**

Enf<sup>a</sup>.Prof<sup>a</sup>. Dr. Vânia M.Fighera Olivo – CCS/HUSM/UFSM

Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr. Teresinha Willer -CCS - UFSM

Enf<sup>o</sup> Esp. Marcelo da Rosa Maia – HUSM - UFSM

Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr. Margrid Beuter – CCS – UFSM

Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr Eliane Tatsch Neves– CCS – UFSM

Enf<sup>o</sup> Esp. José Cristiano Soster

Enf<sup>o</sup> Adriana Krum – 4ªCoordenadoria Regional de Saúde - RS

Enf<sup>a</sup>Prof<sup>a</sup>.Ms. Maria Denise Schimdt-CCS - UFSM

Fisioterapeuta Prof<sup>a</sup> Dr Maria Saleti Lock Vogt – CCS – UFSM

Fisioterapeuta Prof<sup>o</sup> Dr.Jadir Camargo Lemos - CCS – UFSM

Fonoaudióloga Prof<sup>a</sup> Dr Elenir Fedosse – CCS – UFSM

Fonoaudióloga Prof<sup>a</sup> Dr. Themis Maria Kessler - CCS – UFSM

Farmacêutico Prof<sup>o</sup> Dr. José Edson Paz da Silva - CCS - UFSM

Terapeuta Ocupacional Prof<sup>a</sup> Ms. Amara Lúcia Holanda Tavares Battistel -CCS - UFSM

## SUMÁRIO

<b>I</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
1.1	Apresentação e justificativa	4
1.2	Um pouco da trajetória e modo de construção do projeto	6
1.3	Justificando cada área de concentração	7
1.4	Profissões envolvidas e número de vagas:	9
1.5	Instituições envolvidas	10
<b>II</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
2.1	Objetivos gerais da Residência Multiprofissional Integrada	10
2.2	Objetivos específicos de cada Área de Concentração	11
2.2.1	Objetivos da A.C: Crônico Degenerativo	11
2.2.2	Objetivos da A.C: Hemato-Oncologia	11
2.2.3	Objetivos da A.C.: Mãe-Bebê	12
2.2.4	Objetivos da A.C.: Saúde Mental	13
<b>III</b>	<b>COMPETÊNCIAS ESPERADAS DO RESIDENTE</b>	<b>13</b>
3.1	Perfil geral do egresso: Competências comuns a todos residentes (campo de saber-fazer interdisciplinar)	13
3.2	Perfil do egresso (competências comuns) por área de concentração	15
3.3	Perfil específico de cada núcleo profissional: Competências específicas por núcleo do saber-fazer profissional)	16
<b>IV</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS COM A IMPLANTAÇÃO DA RMI</b>	<b>20</b>
4.1	Impacto no sistema público de saúde	20
4.2	Impacto no sistema de formação	20
<b>V</b>	<b>DIRETRIZES POLÍTICO-PEDAGÓGICAS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS</b>	<b>20</b>
5.1	Composição funcional de acompanhamento didático-pedagógico	21
5.2	Funções e competências das instâncias funcionais de acompanhamento didático pedagógico	21
5.3	Organização didático-pedagógica	24
5.3.1	Estrutura curricular	24
5.3.2	Composição do eixo teórico	24
5.3.2.1	Elenco de Disciplinas	24
5.3.2.2	Locais de realização das atividades de reflexão teórica (aulas teóricas)	27
5.3.3	Cenário de prática por núcleo e área de concentração	27
5.3.4	Distribuição da carga horária prática nos diferentes níveis de atenção	28
5.3.5	Composição das principais linhas pedagógico-metodológicas de produção do Campo e do Núcleo profissional	28
5.3.6	A construção por Linhas /Redes de cuidado	29
<b>VI</b>	<b>PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PRECEPTORES, ORIENTADORES E FACILITADORES</b>	<b>30</b>
<b>VII</b>	<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>30</b>
7.1.	Avaliação discente	30
7.2.	Avaliação interna das condições de oferta do curso (Auto-avaliação)	31
<b>VIII</b>	<b>PROCESSO DE SELEÇÃO DO CURSO</b>	<b>32</b>
<b>IX</b>	<b>RECURSOS FINANCEIROS</b>	<b>32</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>34</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	ANEXO 01 - Planos de Ensino de cada disciplina	37
	ANEXO 02 - Pactos com instâncias gestoras municipal e estadual, em processo de tramitação	38
	ANEXO 03 - Documentação sobre a definição das três grandes áreas de concentração da Residência: Processo construído e pactuado com gestores e profissionais de saúde da região	44
	ANEXO 04- Legislações e Portarias sobre Programa de Residência Multiprofissional	51

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 01 Distribuição de vagas por Área de Concentração e Categoria Profissional
- QUADRO 02 Organograma funcional do Programa de Residência
- QUADRO 03 Disciplinas ofertadas no primeiro ano
- QUADRO 04 Disciplinas ofertadas no segundo ano
- QUADRO 05 Cenários de práticas por área de concentração

## I INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação e justificativa

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada, apresentado neste projeto, tem como Diretrizes Político-Pedagógicas e Estratégias Metodológicas a formação de profissionais com competências para atuar no Sistema Público de Saúde, tendo a **gestão e atenção Hospitalar** como cenário orientador e balizador do processo de formação. Norteado pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, este Programa tem como objetivo desenvolver nos profissionais capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar mas também intersetorial e interinstitucional, constituindo a lógica da “tríplice integração”. A fundamentação epistemológica e político-pedagógica deste projeto parte, pois, da evidência de que não existe apenas uma precária interação profissional nas equipes de trabalho, mas também há uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema. Esta construção pela integralidade da atenção nos vários níveis do sistema, pressupõe não fragmentar o caráter da formação, ou seja, não reproduzir modos de capacitação focados, segundo níveis de atenção vistos isoladamente. São nesses aspectos que se encontram as justificas dessa proposta que é de desenvolver uma modalidade de residência, pressupondo a articulação entre serviços e ações de saúde e com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Esta lógica da tríplice integração pressupõe um novo modo de pensar-fazer que integre o cenário de intervenção Hospitalar com os diferentes níveis de complexidade do sistema público de saúde, através da instituição de mecanismos ou processos de gestão e de atenção que possibilite a integração das ações, dos serviços e do sistema de saúde. É a proposição de implantar, via programa de residência, “Redes ou Linhas de Cuidado”, as quais correspondem as Áreas de Concentração.

Segundo Schimitz (2006) desenvolver processos de trabalho a partir de noções de “Redes ou Linhas de Cuidado” significa adotar formas de organização multicêntricas, cujos múltiplos nós constituem-se nos lugares de articulação e a propulsão do conjunto não está localizada em um lugar fixo. Pressupõe, portanto, formação de profissionais com competência para se articularem e se organizarem em torno de uma visão ampliada do sistema de gestão e atenção em saúde.

É importante destacar que a premência de formar profissionais com uma visão ampliada foi também demandada pelos gestores e profissionais de saúde da região, por ocasião da realização de seminários que tinham a finalidade de definir qual a “encomenda” para o programa de residência multiprofissional em termos de perfil de formação (vide [anexo 01](#)). Por meio dos referidos seminários, evidenciou-se a necessidade de formar profissionais que integrem ações de gestão e atenção no sentido de viabilizar a estruturação do sistema de saúde, tendo como eixo orientador a estruturação de “Redes ou Linhas de Cuidado”, centradas em áreas de concentração de base clínica-epidemiológica de relevância em termos de morbi-mortalidade para região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. **As Áreas de Concentração** eleitas para este programa são: Crônico-Degenerativo; Saúde Mental; Mãe-Bebê e Hemato-Oncologia.

Essas quatro áreas correspondem às “Redes ou Linhas de cuidado”, criadas pelo Programa de Residência Multiprofissional/UFSM, iniciado em 2009. Ou seja, esta versão de programa de residência, via Ministério da Educação, visa dar continuidade e sustentação as premissas orientadoras do Programa de Residência viabilizado pelo Ministério da Saúde. A intenção é manter os dois programas de residência se retroalimentando: (1) Gestão e Atenção Hospitalar/**MEC**; (2) Estratégia de Saúde da Família e Planejamento e Gestão em Sistema Público de Saúde /**MS**. Esta proposição de ofertar dois programas de residência, via pactuação interministerial, é fundamental na construção e viabilização de novos arranjos de ensino-serviço, os quais visam integrar diferentes níveis de complexidade do sistema público

de saúde. Acredita-se, com isso, que um programa alimentará o outro, ou seja, criará cenários de vivência para práticas político-pedagógica-metodológicas complementares.

Enfim, a proposição desta modalidade de Programa de Residência reconhece o caráter fragmentado dos serviços ofertados ao sistema de saúde e a necessidade dos órgãos formadores interagirem mais efetivamente sobre este processo, qualificando profissionais que consigam responder às necessidades de mudança do sistema público de saúde. Com isso, a “encomenda” dos gestores para este Programa não é simplesmente qualificar profissionais para atuarem em áreas específicas de concentração clínica/epidemiológica, inerentes ao processo saúde-doença, mas, também, para atuarem no sistema de saúde como um todo. Propõe desenvolver um Programa de Residência sustentado em propostas pedagógico-metodológicas que permeiam o processo de formação profissional e mudanças das práticas dos serviços de saúde.

Sendo assim, a implantação desta modalidade de Residência, através da UFSM, é corroborada pela premente necessidade de oportunizar a integração das instituições de ensino e serviços de saúde, fazendo com que a proposta da formação e o caráter da atenção e gestão sejam concomitantemente reorientados, na perspectiva do fortalecimento do SUS e das Políticas públicas de saúde vigentes no País. Partindo desta lógica, elege-se o Hospital Universitário de Santa Maria como cenário central da residência, tendo os demais cenários do sistema de saúde como complementares, quais sejam: gestão e atenção na rede básica (estratégia de saúde da família), gestão e atenção de serviços intermediários (CAPS, CEDAS, etc..) e unidades gestoras (4ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde).

O objeto central de intervenção, nestes cenários, será a estruturação de fluxos de integração entre os diferentes níveis do sistema, onde o usuário é atendido, visando criar vínculos efetivos de co-responsabilização com seu processo de saúde-doença. É a construção de “linhas/redes de cuidado”, superando os mecanismos de referência/contrarreferência, sedimentados pela instituição de protocolos integrados com base em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Para assegurar a efetivação desta proposta de formação Interinstitucional – Residência Multiprofissional Integrada – estão sendo estabelecidos convênios específicos com instâncias gestoras municipal e estadual, em processo de tramitação ([vide anexo 03](#)).

A apresentação deste projeto, também se justifica pela inexistência de Programas de Residência Multiprofissional na Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, da qual a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) é referência para ações de ensino-pesquisa-extensão e assistência à saúde, via Centro de Ciências da Saúde (CCS) e Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Há uma elevada demanda de profissionais de saúde da região para realização deste tipo de programa de pós-graduação. Somado a isto, acreditamos que a nossa instituição de ensino e de assistência à saúde (CCS-HUSM/UFSM), com rica trajetória de projetos de ensino-assistência-extensão, tem condições e deve contribuir com essa nova modalidade de pós-graduação, absolutamente aderida à necessidade de construção de novos conhecimentos e tecnologias, via processos de formação/qualificação profissional, afinados às Políticas Públicas de Saúde. É importante destacar que, nos últimos anos, essa instituição pública de ensino tem investido em projetos e programas integrados de ensino-pesquisa-extensão-assistência-gestão – p.ex. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)* e *Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde)* - que possam estar contribuindo para romper com a fragmentação da formação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, aprimorar atuação destes no sistema público de saúde.

Por fim, convém considerar que partimos do princípio de que as propostas didático-metodológicas, apresentadas neste projeto, são passíveis de mudanças, pois, temos aprendido com o programa de residência, atualmente em andamento, que as referidas

propostas assumem consistência em conteúdo e forma à medida que os processos são vividos, em cada uma de suas etapas, sofrendo estados contínuos de construção, desconstrução e reconstrução. Certamente, os residentes, preceptores, orientadores, gestores, usuários - todos os novos atores que se incluirão nesse processo - direta e indiretamente, contribuirão para a definição de novas configurações inerentes a fase de implantação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de Saúde.

Esperamos que, com a possibilidade de viabilizar uma parceria interministerial, consigamos criar e experimentar novas metodologias de ensino-serviço que impactem, efetivamente, nos padrões de formação profissional e de oferta de serviços ao sistema público de saúde, processos esses que devem ser fomentados não apenas por uma significativa interação interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, mas, sobretudo, por um forte senso ético de comprometimento profissional quanto ao desempenho de nossas funções nesse sistema.

## 1.2. Um pouco da trajetória e modo de construção do projeto

A apresentação deste projeto de Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), tendo como unidade administrativa o Centro de Ciências da Saúde - CSS/UFSM – já tem longa trajetória. O projeto ora apresentado é, de certo modo, resultado de um processo de construção coletiva iniciado em 2003. Na ocasião, contou-se com o envolvimento de profissionais da saúde de várias instituições da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Em 2004, o projeto foi aprovado no Ministério da Educação, mas não foi operacionalizado por questões políticas/estruturais locais. Em 2007, o projeto foi retomado e encaminhado ao Ministério da Saúde (MS) com aprovação em 2008 e início em maio de 2009.

Convém dizer que para viabilizar este desafio, quase que de caráter utópico, necessitamos construir o projeto por meio de processos altamente interativos: reuniões periódicas, seminários temáticos e discussões em diferentes fóruns públicos (Conselhos Regional e Municipal de Saúde, reuniões com professores do CCS e com profissionais do HUSM). O longo período exigido para o desenvolvimento da proposta se justifica pela necessidade que sentimos de construí-la a partir do complexo processo que envolve a integração dos campos do fazer institucional (ensino-serviço-gestão), bem como, dos campos do saber profissional (interdisciplinaridade).

Note-se que partimos do princípio de que para esta pós-graduação viabilizar-se como uma **proposta inovadora** (assentada na lógica da **tríplice integração** - interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional) não poderia ser construída a partir de bases convencionais verticalizadas. Era necessário emergir de um processo de co-responsabilização horizontalizado, com internalização de novas idéias, conceitos e valores, assim como, de novas metodologias de trabalho.

Iniciar uma primeira turma de Residência, em maio de 2009, partindo do desafio de implementar um processo de formação reformista, exigiu inúmeros debates entre professores da UFSM, profissionais e gestores do sistema de saúde da região, em torno da adequação e proposição de metodologias que viabilizassem a lógica da tríplice integração – interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Essa construção, desafiadora e complexa, mobilizou um repensar não apenas todo sistema de formação dos nove cursos da saúde do CCS/UFSM, mas das práticas de atenção e de gestão das institucionais envolvidas. Entendeu-se, então, que toda esta mobilização intra e interinstitucionais deveriam sofrer continuidade via manutenção de novas turmas de residentes. Inicia-se, pois, o aprimoramento da proposta vigente a qual foi encaminhada ao MEC em agosto de 2009. Frente a orientação recebida –

MEC iria financiar residências para os HU's e o MS para Gestão e Atenção Básica -, optamos em desmembrar o projeto original em dois projetos, sendo que ambos se complementaríamos em atividades de formação e de gestão. Mais especificamente, a proposição atual é de que se ofereça uma proposta pedagógica que seja possível aos residentes vivenciarem momentos comuns (aulas teóricas, teórico-práticas e práticas). Também é proposto que a Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU - possa ser integrada aos dois programas.

### 1.3 Justificando a importância da eleição das áreas de concentração

- Ø **Crônico-Degenerativo:** Esta área de concentração se justifica pelo fato de que nas últimas décadas as doenças crônico-degenerativas passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, da década de 80 (OPAS, 2003; BRASIL, 2005). As doenças crônicas degenerativas são responsáveis há mais de três décadas pela maior carga de doença no Brasil. Essas doenças têm a possibilidade de prevenção e representam um alto investimento para o Sistema Único de Saúde – SUS, relacionada à pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável (BRASIL, 2005). Em 2005, dos seis bilhões gastos com o pagamento de autorizações de internação hospitalar (exceto partos), as doenças crônicas representaram 58% do gasto total: as doenças cardiovasculares corresponderam a 22%; as doenças respiratórias crônicas 15% e neoplasias 11%. Considerando que essas doenças crônicas interferem na qualidade de vida e reduzem o orçamento das populações pobres e acometidas por estas doenças e suas complicações mais frequentes (BRASIL, 2009). Configuram-se também como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsável por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais, incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias (OPAS, 2003). As doenças cardiovasculares que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos. Dentre as doenças cardiovasculares, o acidente vascular cerebral, e a doença coronariana aguda, são responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta; por 40% das aposentadorias precoces e por 14% das internações na faixa etária de 30-69 anos (OPAS, 2003). É importante ressaltar, que o Brasil tem a maior taxa de mortalidade por doença cerebrovascular entre os países americanos. O impacto da mortalidade por essas doenças atinge estratos da população mais jovens ainda em idade laboral (BRASIL, 2009). Em segundo lugar, seguem-se os cânceres (OPAS, 2003). Destaca-se que o câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e curado cirurgicamente. A cirurgia foi o primeiro tratamento que alterou significativamente o curso da doença neoplásica e, até hoje, é um dos principais métodos utilizados. Estima-se que cerca de 60% de todos os pacientes portadores de câncer necessitem de cirurgia para o seu tratamento (INCA, 2008). As doenças respiratórias crônicas, tais como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica, fazem mais de quatro milhões de vítimas por ano, estima-se que 7% das 58 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2005, tenham sido decorrentes de doenças respiratórias crônicas (WHO, 2005). A prevalência de diabetes no mundo em 2000 foi estimada em 171.000.000 e para 2030 estima-se 366.000.000 casos. No Brasil a prevalência de diabetes foi de 4.553.000 no ano de 2000 e estima-se para 2030 11.305.000 casos (WHO, 2009). Projeta-se que as mortes por diabetes aumentarão em mais de 50% nos próximos 10 anos, se não houver ações voltadas para a promoção, prevenção e intervenção na doença. Ressalta-se que as mortes por diabetes podem aumentar em mais de 80% nos países de renda média e baixa entre 2006 e 2015 (WHO, 2009). Soma-se a isto o aumento da expectativa de vida e o conseqüente aumento da população de idosos. A cada ano acrescenta-se 200 mil

peças maiores de 60 anos à população brasileira gerando uma demanda importante para o Sistema de Saúde (BRASIL, 2005). Frente a esta realidade, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento profissional na área da saúde com propostas educacionais que valorizam a formação, não mais baseada na racionalidade técnica, considerando os profissionais meros executores de decisões alheias, mas em uma perspectiva que reconhece sua capacidade de decidir. A formação de profissionais tem a ver, acima de tudo, com a formação de pessoas capazes de evoluir, de aprender de acordo com a experiência, refletindo sobre o que fazem e sobre os resultados de tudo isso (PERRENOUD, 2002). Desta forma, busca-se um profissional reflexivo, que abandonem sua posição de aluno para se tornarem atores da sua formação com competências e habilidades para atuarem no sistema hospitalar de modo mais efetivo, considerando a lógica da promoção e proteção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da doença, em uma perspectiva capaz de integrar os diferentes níveis de complexidade do sistema. Vale dizer que tal processo pressupõe intervenção tanto em nível individual como coletivo, no sentido de contribuir para a melhoria deste cenário e para a qualidade de vida dos usuários do SUS.

- Ø **Oncologia-Hematologia:** A atuação multiprofissional nesta área de concentração justifica-se pelos grandes avanços fármaco-,tecnológicos e pela especificidade dos processos de trabalho dos profissionais que atuam em Hemato-Oncologia. O aumento da exposição da população a fatores de risco como o tabagismo, dieta inadequada, vida sedentária e exposição a substâncias carcinogênicas ocupacionais e comunitárias vem corroborar estatisticamente que as neoplasias são a quinta causa de morbidade e a segunda causa de mortalidade no Brasil. A multicausalidade e a grande incidência epidemiológica demandam ações integradas de gestão, detecção precoce e de intervenções hospitalares de excelência, que perpassem todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade que garantam o atendimento individualizado, humanizado e ético ao usuário e família, promovendo a melhoria da qualidade de vida e o aumento da sobrevida, como preconiza a Política Nacional de Atenção Oncológica. Frente a essa realidade, evidencia-se a necessidade de formar profissionais com competências para atenderem as demandas e intervirem na rede do cuidado oncológico mobilizando estratégias e ações à saúde e à qualidade de vida sem fragmentação, mediante articulação intersetorial, interinstitucional, com maior efetividade e eficiência.
- Ø **Mãe-Bebê:** Esta área de concentração busca responder às demandas pela formação de profissionais qualificados para atuarem em processos de gerência e de gestão de serviços e sistemas de saúde, em consonância com princípios reorientadores das práticas sanitárias, no contexto de construção do SUS. Tais demandas correspondem às novas formas de organização, planejamento e gestão do sistema de prestação de serviços e do conteúdo das ações de saúde, uma vez que os municípios necessitam de recursos humanos competentes para o desenvolvimento, fortalecimento e ampliação de capacidades gestoras no sentido de identificar necessidades, desenvolver e implementar tais ações. Essas capacidades configuram a necessidade de formação de novas competências (conhecimento, habilidade e atitudes) ao moderno gestor de saúde pública, capaz de não apenas atender, mas gerar novas demandas gerenciais decorrentes dos processos de consolidação do SUS. Além do mais, esta ênfase deverá ser uma importante ferramenta de descentralização e interiorização da formação de recursos humanos para gestão do SUS, participando efetivamente da reforma dos modelos loco – regionais de gestão e de atenção em saúde.
- Ø **Saúde Mental:** Esta ênfase justifica-se pela necessidade de preparação de profissionais para implementarem efetivamente ações integradas de atenção às

peças em sofrimento psíquico. É importante salientar a dramática carga de morbidade e incapacidade gerada pelos transtornos mentais que são apontadas pelo SIS.Saúde (2007) quando assinala que 3% da população sofre de transtornos severos e persistentes como, por exemplo, transtorno de humor; acima de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; cerca de 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS é disponibilizado para a Saúde Mental (serie histórica 2004-2007). Também se justifica pela necessidade de formar profissionais que desenvolvam uma compreensão ampliada do seu papel nesse cenário, potencializando suas capacidades ativas e co-responsáveis nesse processo de mudança de modelo de atenção e formação. Observa-se que, apesar das mudanças curriculares vivenciadas nos Cursos de Graduação do campo da saúde, essas não conseguem dar conta das atuais exigências, que demandam das Diretrizes Curriculares Nacional para os Cursos da área da saúde, necessárias para a qualificação da assistência dirigida ao indivíduo, tanto em âmbito familiar como comunitário. Frente a essa realidade, percebe-se a necessidade premente da formação de recursos humanos com competências para aprender a trabalhar com as diversidades das realidades políticas e sociais de maneira que possam articular a rede hospital/atenção básica à saúde.

#### 1.4 Profissões envolvidas e número de vagas:

Nas oficinas com gestores, professores e profissionais da saúde, definiu-se que, na área de concentração 01 e 02, devem ser incluídas todas as 10 profissões, com um número determinado de vagas para cada profissão. Já na área de concentração 03, entendeu-se que deve ser ofertado, um número menor de vagas e, para não haver problema de exclusão desta ou daquela profissão, decidiu-se que serão vagas abertas, podendo concorrer qualquer uma destas 10 profissões, conforme quadro a seguir.

**Quadro 01: Distribuição de vagas por Área de Concentração e Categoria Profissional**

	SAUDE MENTAL	Hemato-Onco	Mãe-Bebe	Crônico – Degenerativo
Enfermagem	X	X	X	X
Psicologia	X	X		
Nutrição			X	
Serviço Social	X		X	
Fisioterapia			X	X
Fonoaudiologia				X
Farmácia		X		
Terapia Ocupacional	X			
Odontologia		X		
Subtotal	04	04	04	03
Total	15 vagas			

Cabe salientar que, apesar do Hospital Universitário ainda não possuir profissional de Terapia Ocupacional e de Educação Física, tais profissões estão incluídas no Programa de Residência Multiprofissional Integrada, visto que, a UFSM, mantenedora do HUSM, oferece os cursos referidos, possibilitando, com isso, garantir a preceptoria de núcleo e, conseqüentemente, ampliar novos núcleos de conhecimento nos serviços de saúde. Além disso, a inclusão dessas categorias profissionais decorre da necessidade demandadas nos seminários com Gestores Regionais.

Outro aspecto a considerar é a necessidade de manter um número mínimo de residentes para viabilizar o programa devido a complexidade que envolve um processo de aprendizagem que integre processos clínicos e de gestão em três níveis do sistema de saúde (gestão-atenção básica e atenção hospitalar). Além disso, a implementação desta proposta implica na mobilização de uma equipe densa de preceptores e orientadores, tanto em termos qualitativos e como quantitativo. Ou seja, disponibilizar carga horária para um número elevado de profissionais, a fim de efetivar um processo inovador de formação e integração ensino- serviço exige um número correspondente de residentes.

### 1.5. Instituições envolvidas:

Universidade Federal de Santa Maria (Centro de Ciências da Saúde e Hospital Universitário); Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rede básica de saúde e rede hospitalar de municípios da região de abrangência da 4ª CRS.

## II. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivos gerais da Residência Multiprofissional Integrada

- Ø Capacitar os residentes para uma atuação norteada por uma *concepção ampliada de saúde, sustentadas nos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde*, a fim de que sejam competentes para desenvolver ações de gestão e atenção comprometidas com contexto inovador de desenvolvimento loco-regional mais sustentável.
- Ø Qualificar profissionais da saúde para atuar em situações clínicas de relevância epidemiológica tendo o cenário de um hospital universitário como estratégia balizadora do processo de formação.
- Ø Viabilizar novos cenários integrados e descentralizados de ensino-aprendizagem, que viabilizem processos assistenciais organizados, segundo princípios da regionalização, incluindo dinâmicas mais efetivas de referência e contra-referência entre níveis de baixa, média e alta complexidade.
- Ø Desenvolver competências para atuar numa perspectiva de rede regional integrada, articulando e promovendo, permanentemente, propostas de ações intersetoriais para melhoria constante da qualidade de vida da população.
- Ø Desenvolver uma modalidade de formação que pressupõe aquisição de competências para articular serviços, ações e políticas públicas de saúde, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.
- Ø *Potencializar a integração de ações de ensino-serviço*, proporcionando um espaço de troca de saberes e experiências que possibilitem aproximar a formação às necessidades do sistema de saúde.
- Ø Propiciar uma *formação crítico-reflexiva* na perspectiva do desenvolvimento de *competências técnico-sócio-política, ético-humanística e de relações interpessoais*, com o propósito de provocar mudanças nos modos pensar-fazer saúde individual e

coletiva a partir de uma *concepção ampliada de saúde, sustentada nos Princípios e Diretrizes do SUS*.

- Ø Adotar metodologias de ensino em serviço consonantes à *Política de Humanização, de Gestão e de Educação para desenvolvimento do SUS*, no sentido de instrumentalizar os profissionais para a qualificação de serviços condizentes às prerrogativas do SUS.
- Ø Fortalecer o trabalho interdisciplinar, fomentando a transversalidade, a grupalidade e/ou redes de conversação entre trabalhadores.
- Ø Incentivar e capacitar para o desenvolvimento e utilização da pesquisa como ferramenta para planejamento, programação, implementação e avaliação das ações de gestão e atenção em saúde.

## 2.2. Objetivos específicos de cada Área de Concentração

### 2.2.1. Objetivos da A.C: CRÔNICO-DEGENERATIVO

- Ø Conhecer o processo saúde-doença das patologias crônico-degenerativas relacionando com as medidas de atenção em saúde.
- Ø Identificar fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas do adulto e do idoso e a relação com os determinantes sociais, econômicos e culturais.
- Ø Promover ações assistenciais individuais e em grupo de acordo com as especificidades (definidas pelas diretrizes de cada profissão).
- Ø Desenvolver ações educativas e terapêuticas em saúde com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade, com ênfase em mudanças do estilo de vida, correções dos fatores de risco e adesão ao tratamento.
- Ø Contribuir para a educação permanente da equipe multiprofissional.
- Ø Participar de reuniões periódicas da residência para análise crítica das ações desenvolvidas.
- Ø Participar em projetos de pesquisa, contribuindo na produção do conhecimento relacionado à temática.
- Ø Realizar a contra-referência fomentando a co-responsabilização dos serviços da Atenção Básica com a alta hospitalar do usuário, utilizando mecanismos e estratégias de integração de serviços e experiências já existentes
- Ø Desenvolver a prática assistencial alicerçada em uma concepção ampliada de saúde, buscando a combinação de novas tecnologias que integram ações de promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação.
- Ø Promover a formação profissional integrada (interdisciplinar-intersetorial-fundamentada em uma discussão crítico-reflexiva sobre a problemática da qualidade/resolutividade/efetividade do cuidado profissional centrada no usuário, na família.

### 2.2.2 Objetivos da A.C: ONCO-HEMATOLOGIA

- Ø Atuar em equipe multiprofissional, buscando interdependência das ações, setores e instituições, permitindo um melhor acesso ao conhecimento científico e tecnológico, bem como, ao desenvolvimento da atenção de caráter interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, no sentido de qualificar a saúde da comunidade.
- Ø Desenvolver competências técnico-científicas que possibilitem identificar problemas de saúde prevalentes, intervindo de modo a respeitar as diversidades e especificações de

cada área geográfica e/ou região, atuando principalmente nos cuidados primários de saúde com alta resolutividade.

- Ø Desenvolver processos de trabalho, voltado à intervenção nos problemas/situações de saúde no contexto individual, familiar e coletivo de forma integrada, respeitando os conhecimentos e valores populares, associados à competência técnica na área hemato-oncológica.
- Ø Estabelecer vínculos com pacientes, família e comunidade pautados pelo respeito, ética e responsabilidade no cuidado à saúde, desenvolvendo uma prática humanizada e com excelência técnica.
- Ø Desenvolver e implementar ações preventivas e de detecção precoce, que e atendam as diretrizes da Política de atenção oncológica

### 2.2.3 Objetivos da A.C.: MÃE-BEBE

- Ø Viabilizar o aprimoramento das competências para desenvolver atividades de gestão e gerência em relação à saúde da mulher e do bebê, mantendo a equipe de profissionais com elevado nível de qualificação técnico-científica;
- Ø Desenvolver capacidades gerenciais voltadas para o exercício da função de gestor de sistemas e serviços de saúde da mulher e criança, apoiadas em base conceitual atualizada, bem como, em instrumentos operacionais adequados às exigências de descentralização e eficiência/efetividade, colocadas pelo Sistema Único de Saúde;
- Ø Estimular nos profissionais o desenvolvimento do senso crítico-reflexivo que propulsione novos processos de gestão e gerência, considerando sua correlação com políticas de saúde da mulher e criança de modo que possibilitem a realização da atenção integral à saúde mediante a construção de práticas interdisciplinares;
- Ø Proporcionar a incorporação e utilização de estratégias de planejamento e programação na condução do processo de trabalho que assegurem oferta de serviços comprometidos com as necessidades sociais e de saúde da mulher e da criança;
- Ø Analisar criticamente a realidade do serviço e área de abrangência sob sua responsabilidade;
- Ø Atuar em equipes multidisciplinares na perspectiva interdisciplinar, com vistas à humanização da assistência a mulher e a criança, a integralidade da atenção, a melhoria dos indicadores qualitativos da saúde, a redução do tempo de hospitalização e índices de morbimortalidade materna e neonatal;
- Ø Planejar as intervenções a indivíduos, família e coletividade considerando o perfil epidemiológico da população, os princípios do Sistema Único de Saúde, os saberes e o conhecimento do Campo e Núcleo de Saber e Prática;
- Ø Participar e promover ações voltadas ao controle social das ações em saúde;
- Ø Identificar e atuar na rede de serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção e de suporte social, com vistas a ações intersetoriais e estimular a participação nas mesmas, a fim de construir alternativas integradas para a melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-bebê;
- Ø Contribuir para o processo de qualificação e humanização da assistência e de Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro buscando se inserir nos pilares da humanização do SUS como a co-responsabilidade, o protagonismo e a autonomia,
- Ø Estimular o desenvolvimento de projetos de pesquisa relacionados à área de atenção, a fim de que haja compreensão quanto à importância da contribuição da produção científica na qualificação e implementação de novas tecnologias em saúde;

## 2.2.4 Objetivos da A.C.: SAUDE MENTAL

- Ø Capacitar os profissionais com uma formação técnica e teórica capaz de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura.
- Ø Incentivar os profissionais da saúde para reconhecerem a necessidade de construir redes de serviços articulados à rede de saúde mental com adequada atenção integral e interdisciplinar aos indivíduos em sofrimento psíquico e em situações de crise quando necessário a hospitalização em hospitais gerais.
- Ø Potencializar a integração intra e intersetorial no hospital articulado com uma rede de suporte social por meio da construção de redes/ linhas de cuidado, respeitando a regionalização e hierarquização dos serviços.
- Ø Propiciar o cuidado centrado no usuário de modo que saberes e fazeres se recomponham tendo como ênfase as tecnologias leves em saúde, expressas no diálogo, na escuta, no relacionamento interpessoal e na criação de vínculos.
- Ø Incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada que contemple, para além do tratamento dos agravos do sofrimento psíquico, as implicações da inserção social, o propulsor de cidadania e de ampliação de espaços de sociabilidade.
- Ø Desenvolver competências visando a aprender a trabalhar com as diversidades das realidades políticas e sociais de maneira que os profissionais de saúde possam articular o serviço hospitalar e o de Atenção básica de saúde a fim de desenvolver ações de gestão e atenção comprometidas com o contexto loco-regional.
- Ø Propiciar uma formação crítico-reflexiva, pautada no princípio ético-humanista no qual o profissional de saúde seja sujeito do processo ensino-aprendizagem com o propósito de provocar mudanças no aprender a ser e fazer saúde mental.
- Ø Promover a colaboração bi-multilateral entre ensino-serviço para a formação/capacitação e a pesquisa em saúde mental.

## III COMPETÊNCIAS ESPERADAS DO RESIDENTE (PERFIL DO EGRESSO)

### 3.1 Perfil geral do egresso: Competências comuns a todos residentes (campo de saber-fazer interdisciplinar)

Espera-se, ao longo desta modalidade de formação, que além das usuais práticas de cada núcleo profissional, o pós-graduando desenvolva competências para atuar de forma interdisciplinar, ou seja, no campo do pensar-fazer comum a todas as áreas profissionais. Nesse sentido, suas ações devem ser sustentadas pela base epistemológica de cada profissão (Núcleo do saber), porém, deverão envolver o cruzamento dos diferentes saberes e práticas (Campo comum), que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões. Deverão, portanto, aprimorar a lógica da unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são ampliadas.

Respaldado nas definições de Campos (1997), o *Núcleo* de responsabilidade de cada profissional indica uma identidade: o compromisso com certo saber e com um conjunto de responsabilidades, funções e práticas. O *Campo*, uma ampliação situacional do núcleo, orientada pela necessidade de se cumprirem objetivos acordados em um dado corpo de saber-fazer interdisciplinar. A co-gestão de Campo e de Núcleo é uma forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente, a distribuição de encargos e a circulação de saber em uma equipe. A co-gestão do Campo e do Núcleo questiona o saber monopolizado pelos especialistas, a negociação das responsabilidades e o encargo de tarefas; democratizando, em decorrência, o poder.

O Campo é um pacto de confiança entre profissionais de áreas diferentes que, para ser firmado, exige, no mínimo, convivência e diálogo. São os saberes de meu Núcleo profissional que posso transferir para outrem, sem ferir nenhum preceito da minha ética profissional, para que possamos realizar tarefas conjuntas com maior resolutividade. Da mesma forma, é tudo que posso aprender com meus colegas sem invadir suas áreas profissionais, mas acrescentado qualidade as minhas condutas. (...) O limite do Campo é, portanto, um limite de confiança em constante construção e reformulação. (SCHMITZ, 2006, p.36)

No exercício prático destes conceitos, acredita-se na possibilidade de que esta modalidade de residência forme perfis grupais de trabalhadores capacitados para migrar da visão uniprofissional, médico-centrada, passando por uma visão centrada no usuário para chegar a um estado mais avançado, ou seja, a implementação de novos modelos de atenção-gestão dos sistemas e serviços de saúde, balizados pela perspectiva da tríplice integração: interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Segundo Merhy (1997), quanto maior a interação entre o conjunto de saberes e práticas envolvidas no processo do cuidado, maior a possibilidade de compreensão do mesmo e melhor a capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde.

Entende-se que os profissionais formados pela RMI da UFSM estarão preparados competentemente com conhecimentos, habilidades e atitudes para atuarem nos vários cenários do sistema público de saúde, contribuindo para desencadear reconfigurações neste campo, a partir de novas modalidades de *relações interpessoais, organizacionais, ético-humanística e técnico-sócio-política*. Espera-se a internalização de uma atitude crítico-reflexiva, que se traduza em um comprometimento com a viabilização de metodologias de atuação, pautadas nos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, isto é, que viabilizem uma maior resolutividade das ações de saúde em todos os níveis de complexidade do Sistema.

Considerando que, na atual diretriz das políticas públicas, o SUS é o ordenador da formação, conseqüentemente, os profissionais da RMI deverão estar capacitados, não apenas para se inserir nesta lógica, mas, fundamentalmente, para agirem como articuladores participativos, na identificação de situações entendidas como “nós críticos”, nos processos de tomada de decisões, bem como, na criação de alternativas estratégicas inovadoras no campo de gestão e atenção, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS. Entre as alternativas, destaca-se a competência desenvolvida pelos residentes para construção de “linhas ou redes de cuidado” e atuarem nesta perspectiva, visando a implementação da integralidade da atenção a saúde.

Assim, este Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM tem foco prioritário na formação de profissionais que superem a visão paradigmática de pensar-fazer centrada apenas nos objetos de intervenção de cada profissão. Busca-se um perfil profissional capaz de ampliar o foco de intervenção, de modo a produzir ações com base nos determinantes biológicos os sociais da saúde - paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Brasil, 2001) – visando favoreçam as condições de vida/saúde das comunidades com as quais se envolvem.

OBS: É importante esclarecer que o perfil do egresso será aprimorado no decorrer da implementação da residência, através de seminários específicos que envolverão residentes, preceptores, orientadores e gestores.

### 3.2 Perfil do egresso (competências comuns) por área de concentração

Apresentam-se, a seguir, as competências e as habilidades esperadas de cada residente, ao final de sua formação, na Área de Concentração por ele escolhida:

Áreas de concentração	Competências e Habilidades
ONCO-HEMATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Criarem alternativas estratégicas inovadoras no campo da gestão e da atenção a saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;</li> <li>Ø Exercerem a função de gestor de sistemas e serviços de saúde, apoiadas em base conceitual atualizada, bem como, em instrumentos operacionais adequados às exigências de descentralização e eficiência/efetividade, colocadas pelo Sistema Único de Saúde;</li> <li>Ø Propulsionarem novos processos de gestão e gerência considerando sua correlação com políticas de saúde, evolução do contexto social, econômico, ambiental e cultural;</li> <li>Ø Utilizarem estratégias de planejamento e programação na condução do processo de trabalho que assegurem oferta de serviços comprometidos com as necessidades sociais e de saúde da população;</li> <li>Ø Identificarem problemas em saúde e buscarem soluções aos mesmos, mediante a experimentação de práticas inovadoras de gestão;</li> <li>Ø Desenvolverem e implementarem projetos de pesquisa na área da gestão da atenção à saúde, compreendendo a importância da produção científica na qualificação e implementação de novas tecnologias em saúde.</li> <li>Ø Atuar em equipe buscando ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais permitindo um melhor acesso ao conhecimento e as especificidades do cuidado oncológico bem como o desenvolvimento tecno-científico numa perspectiva de construção de rede de cuidado oncológico.</li> </ul>
CRÔNICO-DEGENERATIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Profissional qualificado com competências, habilidades e atitudes, para atuar na promoção, prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas, conforme perfil epidemiológico nacional, sendo capaz de agir com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>Ø Estabelecer vínculos com pacientes, família e comunidade pautados pelo respeito, ética e responsabilidade no cuidado à saúde.</li> <li>Ø Desenvolver autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.</li> <li>Ø Conhecer os condicionantes sociais, econômicos, familiares e ambientais, que interferem nas doenças crônico-degenerativas, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas.</li> </ul>
MÃE-BEBE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Desenvolverem habilidades e conhecimentos técnico-científico-sócio-político que possibilitem ao profissional uma visão integral, histórico-social do processo saúde-doença da mulher e do bebê, numa perspectiva de <i>linha assistência a ambos</i>, englobando internação, atendimento ambulatorial, apoio e orientação à família e ações educativas de promoção e prevenção da saúde mãe-bebê;</li> <li>Ø Desenvolverem a prática assistencial hospitalar alicerçada em uma concepção ampliada de saúde da mulher e da criança, buscando a combinação de novas tecnologias que integram efetiva e sistematicamente ações de promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação;</li> <li>Ø Fomentarem e desencadearem iniciativas de co-responsabilização com a alta hospitalar do usuário, capazes de integrar e articular ações nos diferentes níveis e cenários de atenção a saúde materno-infantil, de acordo com as necessidades sociais e locais, utilizando mecanismos e estratégias de integração de serviços, através da implementação de "linhas ou redes de cuidado mãe-bebê".</li> <li>Ø Qualificar os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica, ao uso das tecnologias disponíveis ou a serem criadas para o cuidado</li> </ul>

	<p>Ø Formar redes de atendimento, de serviços, redes sociais, no contexto assistencial aos bebês e mulheres no seu período gravídico puerperal pautadas nos referenciais de integralidade.</p>
SAÚDE MENTAL	<p>Ø Desenvolverem habilidades e conhecimentos técnico-científico que o possibilitem uma visão integral e multidisciplinar aos indivíduos em sofrimento psíquico e em situações de crise.</p> <p>Ø Utilizarem estratégias de cuidado centrado no usuário tendo como ênfase as tecnologias leves em saúde, expressas no diálogo, nas auscultas, no relacionamento interpessoal e na criação de vínculos.</p> <p>Ø Fomentarem a integração intra e intersetorial no hospital articulado com uma rede de suporte social por meio de referência e contra-referência, respeitando a regionalização e hierarquização.</p> <p>Ø Desenvolverem aprender a trabalhar com as diversidades das realidades políticas e sociais de maneira que possam articular o serviço hospitalar com o de Atenção básica de saúde a fim de desenvolver ações de gestão e atenção comprometidas com o contexto loco-regional.</p> <p>Ø Desenvolverem a perspectiva de trabalho ampliada que contemple, para além do tratamento dos agravos do sofrimento psíquico, as implicações da inserção social, o propulsor de cidadania e de ampliação de espaços de sociabilidade.</p> <p>Ø Serem éticos e humanos a fim de provocarem mudanças no aprender a ser e fazer saúde mental.</p> <p>Ø Promoverem a colaboração bi-multilateral entre ensino-serviço para a formação/capacitação e a pesquisa em saúde mental na perspectiva da Educação Permanente.</p>

OBS: É importante esclarecer que o perfil do egresso de cada uma das áreas de concentração deste Programa de Residência será aprimorado no decorrer da implementação da residência, através de seminários específicos que envolverão residentes, preceptores, orientadores e gestores.

### 3.3 Perfil específico de cada núcleo profissional: Competências específicas por núcleo do saber-fazer profissional)

A construção do perfil esperado em cada núcleo profissional está em fase de elaboração pois, surpreendentemente, encontrou-se dificuldade em definir o que é específico de cada profissão nesta modalidade de residência. Nesse sentido, então sendo realizados seminários entre preceptores e orientadores com a finalidade de construir as competências esperadas na formação do pós-graduando nas respectivas áreas de concentração, conforme composição do quadro a seguir.

#### 3.3.1 Perfil profissional do enfermeiro

O residente de Enfermagem em Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Gerenciar o cuidado através da atuação em equipe multiprofissional na perspectiva interdisciplinar, com vistas à humanização da assistência integral relativa à área de concentração em que estiver vinculado, articulando a atenção hospitalar à atenção na rede a fim de garantir a continuidade da assistência em saúde pública;
- Reconhecer e compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais;
- Intervir no processo saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem na perspectiva da integridade da assistência;
- Desenvolver formação técnico-científica que lhe possibilite qualidade ao exercício profissional considerando também o respeito aos princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- Realizar ações de planejamento, avaliação e direção do serviço de enfermagem;
- Atuar em rede compreendendo os fluxos dos serviços, os sistemas de referência e contra-referência;

- Reconhecer os diferentes papéis dos níveis de complexidade do sistema público de saúde bem como gestão e organização dos processos de trabalho, visando melhoria da saúde e qualidade, de vida.

### 3.3.2 Perfil profissional do Psicólogo

O residente de Psicologia em da Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Trabalhar de maneira multidisciplinar em promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de diferentes patologias psíquicas;
- Identificar e atuar a partir das influências emocionais e sociais de usuários expostos a grande vulnerabilidade, contribuindo assim, com uma visão ampliada nos projetos terapêuticos singulares, construídos em equipe multidisciplinar;
- Atuar no sentido de promover espaços de escuta aos pacientes e seus familiares a fim de que, através da expressão de seus sentimentos e angústias, possam criar narrativas que permitam instituir a experiência do câncer em suas histórias;
- Intervir na clínica hospitalar em função do sofrimento psíquico em concomitância com o adoecimento e suas decorrências;
- Trabalhar com a extensão do *setting* ao leito no qual o paciente se encontra, por vezes direcionando-o também ao familiar (no sentido de oferecer suporte), bem como na criação de grupos de apoio;
- Produzir ações integradas com as equipes de diferenciadas ênfases, núcleos e setores envolvidos no trabalho em saúde de modo a contribuir para a integralidade do cuidado ao paciente, para além do atendimento individual clínico;
- Trabalhar a partir de uma visão ampliada do paciente que vislumbre as influências emocionais e sociais que operam na sua capacidade de recuperação, enfrentamento e colaboração, assim como na sua vinculação e mobilização para sua própria cura;
- Exercer ações segundo uma perspectiva multidisciplinar facilitando a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos no processo de tratamento, com vistas a ampliar a compreensão e os recursos terapêuticos no trato da patologia, na perspectiva de da assistência integral humanizada e articulada junto à rede básica de saúde pública a fim de garantir a continuidade do cuidado.;
- Construir e participar de grupos pensados de acordo com uma perspectiva interdisciplinar visando intervenções que compreendam conhecimentos distintos e integrados.

### 3.3.3 Perfil profissional do nutricionista

O residente de Nutrição em da Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Atuar com domínio e conhecimento das políticas públicas de saúde referentes a área de concentração de referencia e às linhas de cuidado que realizar matriciamento;
- Realizar prescrição e orientação alimentar para pacientes, garantindo uma alimentação equilibrada e o aporte de nutrientes necessários ao bom estado nutricional para promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para melhor qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural;
- Realizar ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para melhor qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural;
- Atuar com a equipe multiprofissional no matriciamento das ações de nutrição.

### 3.3.4 Perfil profissional do Assistente Social

O residente Assistente Social em da Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Ter uma visão crítica e atualizada para prestar orientações a indivíduos grupos e a população sobre a defesa, ampliação e acesso de seus direitos de cidadania;
- Criar e dinamizar diferentes espaços que facilitem a organização dos usuários e o exercício do controle

social;

- Realizar o diagnóstico da realidade do usuário;
- Avaliar e atuar sobre as necessidades de indivíduos ou grupos relativas às condições de vida, autonomia e possibilidade de empoderamento;
- Realizar visita domiciliar a fim de preparar o ambiente doméstico para o pós alta hospitalar,
- Minimizar as possíveis perdas funcionais durante a hospitalização;
- Ter uma atitude investigativa que leva a reconhecer e intervir nas características ambientais, socioeconômicas e culturais que interferem no processo saúde- doença;
- Produzir conhecimentos, através de estudos e pesquisas objetivando a divulgação das informações.

### 3.3.5 Perfil profissional do Fisioterapeuta

O residente de Fisioterapia deve estar apto a:

- Atuar com domínio e conhecimento das políticas públicas de saúde referentes a área de concentração de referencia e às linhas de cuidado que realizar matricimento;
- A atuar na atenção integral à saúde dos sujeitos, famílias e coletividades, de forma interdisciplinar e intersetorial;
- Desenvolver processos de trabalho e ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção e vigilância em saúde, transversalmente à educação e gestão em saúde;
- Desenvolver estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades;
- Compreender o seu papel social frente às necessidades de saúde da população, com o protagonismo dos sujeitos envolvidos e com o processo de consolidação do SUS;
- Desenvolver ações em grupos, com visitas, orientações e assistência domiciliares, intervindo sobre vários aspectos da função e do movimento humano que sofrem mudanças, alterações e interferências de acordo com as relações e as fases da vida, intervindo na condição funcional;
- Articular mecanismos para o acesso aos serviços e continuidade da atenção ao usuário.

### 3.3.6 Perfil profissional do Fonoaudiólogo

O residente de Fonoaudiologia em da Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Atuar com domínio e conhecimento das políticas públicas de saúde referentes a área de concentração de referencia e às linhas de cuidado que realizar matricimento;
- Planejar e desenvolver intervenções individuais ou coletivas em todas as áreas em que a Fonoaudiologia pode estar inserida (ginecologia, audiologia, neurologia, oncologia, otorrinolaringologia);
- Acompanhar no leito e ambulatorialmente sujeitos com dificuldades de alimentação e de comunicação, identificando, avaliando e intervindo sobre esses problemas;
- Desenvolver pesquisas dirigidas às demandas da atuação Fonoaudiológica no hospital.

Se a área de concentração for Mãe-Bêbe deve estar apto a:

- Acompanhar os primeiros dias da vida de bebês, incentivando o aleitamento materno e realizando estimulação essencial quando necessário (EBE)
- Orientar mães e familiares acerca do desenvolvimento do sistema sensório-motor oral e linguístico-cognitivo
- Desenvolver trabalhos em UTI Neonatal favorecendo o desenvolvimento do sistema sensório-motor oral, antecipando, inclusive, a retirada de sonda naso-gástrica; bem como favorecer a amamentação nos casos de bebês com distúrbios causados por fissura lábio-palatais ou outras anomalias crânio-faciais.

### 3.3.7 Perfil profissional do Farmacêutico

O residente de Farmácia em Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Prestar assistência farmacêutica, compreendida como processo que envolve atividades de planejamento, produção, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização de medicamentos;
- Prestar informações, sobre medicamentos, alimentos e exames clínicos a profissionais da área de saúde e comunidade;
- Realizar, interpretar e controlar a qualidade dos exames clínico-laboratoriais e toxicológicos;
- Integrar a equipe multidisciplinar da atenção hospitalar com equipes do Planejamento e Gestão e Atenção Básica.

### 3.3.8 Perfil profissional do Terapeuta Ocupacional

O residente de Terapia Ocupacional em da Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Prestar atenção integral às necessidades em saúde cinético-ocupacional do indivíduo ou dos grupos, com ênfase nos princípios da responsabilidade sanitária integral apto a atuar com propriedade na atenção básica
- Realizar grupos de atividades, grupos operativos, atividades auto – expressivas, de lazer e relaxamento como recurso terapêutico e recreativo, visando a socialização, auto-expressão e diminuição do estress causado pela hospitalização;
- Propor atividades promotoras da melhoria das funções motoras, cognitivas, mentais, sensoriais e sociais;
- Promover atividades lúdicas e recreativas garantindo o direito de uma hospitalização humanizada;
- Trabalhar a adaptação a nova realidade, identificando as potencialidades e habilidades para a possível relocação nas atividades ocupacionais e papeis sociais; quando necessário descobrir novas possibilidades de atuação profissional;
- Estimular a independência e autonomia nas atividades de vida diária e vida prática;
- Desenvolver adaptações que melhorem o desempenho das tarefas cotidianas no ambiente intra e extra hospitalar, proporcionando maior autonomia e independência ao usuário, bem como auxiliando os familiares e cuidadores;
- Orientar o posicionamento no leito;
- Prestar orientações aos familiares e/ou cuidador do usuário;
- Realizar visita domiciliar para auxiliar na organização da rotina e possíveis adaptações no lar.

### 3.3.9 Perfil profissional do Odontólogo

O residente de Odontologia em Atenção e Gestão Hospitalar deve estar apto a:

- Atuar em equipes multiprofissionais com vistas à humanização da assistência, a integralidade da atenção, a melhoria dos indicadores da saúde do paciente hospitalizado;
- Realizar ações de atenção em saúde bucal para prevenir agravos de ordem sistêmica;
- Promover o controle e a prevenção de infecções bucais contribuindo para a redução do tempo de hospitalização;
- Planejar intervenções individuais, familiares e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde bucal segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- Identificar, analisar, avaliar e intervir sobre os problemas e situações que afetam a saúde bucal da população considerando o perfil epidemiológico, social, cultural, econômico e educacional na área de abrangência de sua responsabilidade;
- Utilizar instrumentos, técnicas e materiais odontológicos disponíveis de forma eficiente e eficaz para a proteção e recuperação da saúde bucal da população.

#### IV. RESULTADOS ESPERADOS COM A IMPLANTAÇÃO DA RMI

O resultado da implantação da RMI na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, inclui entre outros aspectos:

##### 4.1. Impacto no sistema público de saúde

- Ø Produção de novas tecnologias de ensino-gestão-atenção com transformação das modalidades de produção de saberes e práticas de saúde, integrando o sistema de saúde loco-regional, através da instituição de novos fluxos capazes de garantir o acesso seguro e oportuno às tecnologias necessárias ao restabelecimento da autonomia e saúde dos usuários;
- Ø Fomento de novas metodologias de gestão (participativa, colegiada, compartilhada) e de atenção (acolhimento, redes de cuidado, integralidade, interdisciplinaridade), estimulando a institucionalização de práticas de atenção e gestão compartilhadas (gestores, profissionais, usuários, comunidade);
- Ø Implementação de novos sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população;

##### 4.2. Impacto no sistema de formação

- Ø Desencadeamento de mudanças em torno dos saberes e práticas vigentes no campo da formação e atenção à saúde, promovendo diálogo entre conhecimentos e metodologias que originem um novo saber;
- Ø Exploração de novas diretrizes didático-metodológico-pedagógicas que mobilizem ações teórico-práticas, balizadas pelos princípios de Campo e Núcleo, o que viabiliza o aumento da qualificação e resolutividade das ações e serviços de saúde efetivados pelo SUS.

#### V. DIRETRIZES POLÍTICO-PEDAGÓGICAS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

As diretrizes pedagógicas que norteiam a formação profissional desta RMI em Saúde Pública atentam para uma visão crítico-educativa, voltada para a reorientação dos modelos de gestão e atenção em saúde, historicamente calcados na doença e no seu aparato economicista de sustentação.

Nestes termos, tais diretrizes estão baseadas no ensino centrado no sujeito da aprendizagem, na concepção de que a pessoa constrói o seu conhecimento de forma proativa, na busca de nova informação e/ou novas formas de pensar a partir de suas bases de conhecimento. Apóiam-se em uma atividade reflexiva que enfatiza a construção do conhecimento, ao invés da transmissão e que leva o residente não apenas a questionar o contexto em que está inserido, mas propor alternativas de intervenção. Para tanto, considera-se que a aprendizagem acontece por meio da integração teórica-prática, sendo que os residentes são protagonistas neste processo, cabendo-lhes a descoberta, a participação, a autonomia e a iniciativa na formação de suas competências. Isto significa que o conhecimento deve ser individual e coletivamente construído, a fim de ser utilizado com competência e criatividade, favorecendo a tomada de decisão. Logo, acredita-se na

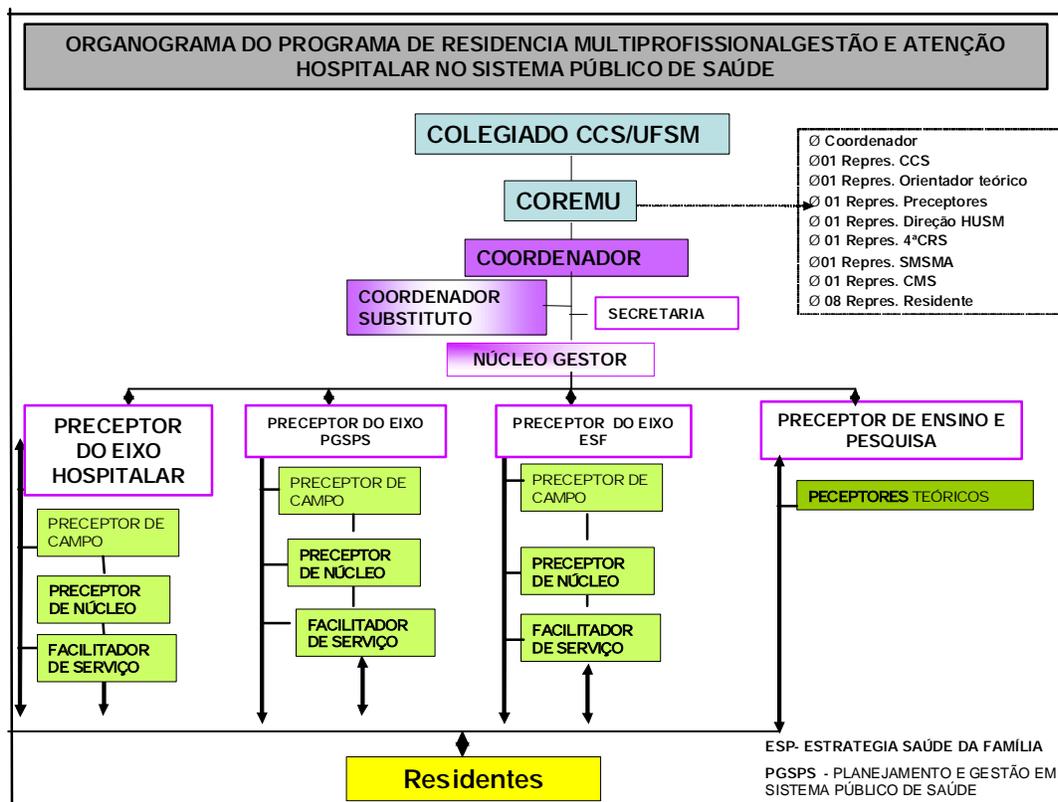
possibilidade da formação profissional que entenda a saúde, partindo de uma concepção ampliada e como um direito de cidadania.

Mais especificamente, as diretrizes pedagógicas deste programa de pós-graduação pressupõem adoção de estratégias metodológicas que transcendem a sala de aula, justificando a grande maioria da carga horária destinada às atividades teórico-práticas (80%). Para tanto, a metodologia eleita deve possibilitar a ação-reflexão-ação, levando preceptores e residentes a discutir a realidade, passando pela aquisição de uma consciência sanitária crítica, individual e coletiva. Estaremos buscando, assim, formar um profissional com qualidade *sócio-política, ético-humanística e de relações interpessoais* para gerar impactos no contexto loco-regional de construção do SUS.

### 5.1 Composição funcional de acompanhamento didático-pedagógico

O desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem deste Programa de Residência observarão a seguinte dinâmica de organograma regimental:

Quadro 02: Organograma funcional do Programa de Residência



### 5.2 Funções e competências das instâncias funcionais de acompanhamento didático pedagógico

O quadro de profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas será composto por uma equipe de docentes e profissionais das instituições envolvidas diretamente no processo de formação, constituindo-se nas seguintes modalidades de atuação:

- Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU:** é a instância gestora do Programa de Residência Multiprofissional, com poder deliberativo, composta por

representantes dos Residentes, Preceptores, Orientadores teóricos, Gestores, Controle Social e Coordenador. Têm como funções principais: planejar, supervisionar, orientar e coordenar as atividades referentes à Residência Multiprofissional, além de prover o desenvolvimento dos recursos de Residência Multiprofissional, tomando as medidas pertinentes ao mesmo. É assegurada a participação dos Residentes na COREMU, a qual está composta de forma paritária, segundo o Regimento já existente.

- **Coordenador da Residência Multiprofissional** compete: Executar e fazer executar o que estabelece o Regulamento do Programa de Residência Multiprofissional e deliberações da COREMU, ao qual está submetido. Além disso, supervisiona e gerencia as atividades desenvolvidas pelas Ênfases da Residência Multiprofissional no seu eixo prático e teórico.
- **Coordenador substituto:** auxilia o coordenador no cumprimento de suas funções e competências, bem como o substitui na sua ausência.
- **Núcleo Gestor:** espaço de integração dos gestores (áreas de ensino e pesquisa) com a coordenação, a fim de:
  - Acompanhar, monitorar e avaliar todo o processo de funcionamento da Residência;
  - Propor reajustes e mudanças necessárias junto à COREMU;
  - Garantir a integração entre as três áreas de concentração.
- **Preceptor de eixo prático básico:** é o profissional responsável pela dinâmica de funcionamento de cada uma das A.C., envolvendo:
  - Assegurar a efetiva inserção do residente no cenário de atuação;
  - Responsável por coordenar as diferentes Linhas de Cuidado;
  - Responsável pela organização e acompanhamento dos seminários de campo;
  - Gerenciar reuniões periódicas com Preceptores de Campo, Preceptores de Núcleo e Orientador de Serviço;
  - Oportunizar condições de integração e troca de vivências com os trabalhadores dos respectivos serviços;
  - Acompanhar e instigar o processo de trabalho dos residentes (atividades práticas e teórico-práticas);
  - Gerenciar a implementação do serviço de matriciamento.

Ou seja, é responsável por promover a interação entre as diferentes ênfase, entre os diferentes residentes, destes entre as equipe de saúde loco-regional e entre os serviços nos diferentes níveis de atenção (intersetorial e interinstitucional).

- **Preceptor de ensino e pesquisa:** é o profissional responsável:
  - organização e controle da execução do eixo teórico;
  - gerenciamento do Observatório: espaço de agrupamento da produção científica oriunda do campo teórico, prático e teórico-prático;
  - Coordenar os processos de distribuição das orientações dos projetos de intervenção.

Obs: sugestão que seja o mesmo coordenador substituto

- **Preceptor de campo (formação profissional):**
  - Profissional vinculado às unidades de serviço (atuando no cenário da prática),

- Detêm o conhecimento da ênfase, sendo responsável pelas respectivas linhas de cuidado
- Responsável por promover a interação entre as equipe de saúde loco-regional e entre os serviços nos diferentes níveis de atenção (intersectorial e interinstitucional).

✚ **Preceptor de Núcleo (formação profissional):**

- Responsável pela profissão a fim da Residência, atuando como referência para os residentes no âmbito de Núcleo profissional, não necessitando, para isso, ter vínculo ao cenário de prática;
- Responsável pela realização dos Seminários de Núcleo Profissional;
- Corresponsável pela integração ensino-serviço em uma perspectiva de trabalho interdisciplinar.

✚ **Preceptor teórico** exercerá a função de professor das aulas teóricas, bem como, poderá participar no desenvolvimento dos seminários teórico-práticos e das reuniões de acompanhamento/avaliação do processo pedagógico-metodológico que envolverá as aulas práticas.

✚ **Facilitador de serviço:** Profissional(is) vinculado(s) às unidades de serviço(cenário de prática) responsável(is) por:

- Promover a integração do residente no serviço;
- Acompanhar as atividades cotidianas desenvolvidas pelo residente no serviço;
- Poderá participar dos seminários (assistir e/ou organizar).

A dinâmica do processo de preceptoria será via lógica de matriciamento, isto é, cada preceptor será um apoiador matricial. Será um especialista que poderá ter um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procurará construir e ativar espaços para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Nesse sentido, espera-se que os preceptores de Núcleo e Campo:

- Ø Tenham uma postura ética-política com a vida, com os residentes e com a sociedade, subsidiando a construção de um processo de aprendizagem cidadão e solidário;
- Ø Tenham atitudes crítico-reflexivas e criativas, promovendo o diálogo com o residente, estimulando-o a refletir sobre a realidade política-econômica-social e tomada de iniciativas propulsoras de mudanças;
- Ø Sejam comprometidos com a articulação entre a teoria e a prática, o ensino e os serviços de saúde;
- Ø Dominem o conteúdo em sua articulação teórico-prática, exercitando a relação ação-reflexão-ação na sua prática pedagógica, sendo capazes, com isto, de instigar nos alunos, novos olhares epistemológicos, acerca da realidade e de sua forma de intervenção;
- Ø Busquem a integração dos saberes através da interdisciplinaridade, visando transversalizar seu conhecimento técnico-instrumental, sócio-político, ético-humanístico, com os demais saberes necessários a formação do residente;
- Ø Proporcionem um enfoque pedagógico na qual as relações de ensino-aprendizagem se processem como experiências inovadoras de gestão e atenção à saúde.

Logo, estes profissionais devem oportunizar ao residente situações e condições de aprendizado, nas quais o mesmo possa desenvolver a capacidade de enfrentar os desafios

frente a situações e tomar decisões através do uso de competências, em suas diferentes dimensões, como também da construção da autonomia e da co-responsabilização.

### 5.3 Organização didático-pedagógica

#### 5.3.1 Estrutura curricular:

A RMI prevê a duração de 02 anos em regime de dedicação integral, sendo a carga anual em torno de 2.880 horas, com um período de 30 dias de férias (descanso) por ano. A média da carga horária semanal será de 60 horas, distribuída da seguinte maneira:

- Ø 44 horas de atividades de formação em serviço (práticas)
- Ø 08 horas de atividades de reflexão teórica
- Ø 04 horas de atividades de formação de serviço de campo (teórico-prática)
- Ø 04 horas de atividades de formação de serviço de núcleo (teórico-prática)

As atividades teóricas serão de responsabilidades de professores dos respectivos cursos do CCS/UFMS que oferecem vagas para a RMISPS. As atividades teórico-práticas ficarão a cargo dos preceptores (profissionais vinculados ao campo de estágio).

#### 5.3.2 Composição do eixo teórico

O eixo teórico será de regime anual, desenvolvendo disciplinas do Campo comum, tendo em vista a matriz curricular planejada, a qual foi organizada didaticamente a partir de **3 áreas de concentração**, quais sejam: Gestão e Atenção na Rede Hospitalar, Gestão e Atenção na Rede Básica e Planejamento e Gestão do Sistema Público de Saúde. Todas as disciplinas serão de caráter obrigatório. Vale salientar que a interdisciplinaridade constitui o eixo epistemológico deste aprendizado, sendo, portanto, norteador de todo processo didático-metodológico. A dinâmica didático-metodológica de operacionalização destas ênfases se dará a partir de *disciplinas transversais* (Núcleo comum) que perpassam as três ênfases e de *disciplinas específicas*, que atenderão as particularidades de cada uma destas ênfases, além das atividades desenvolvidas em serviço. A estruturação curricular fica, então, assim constituída:

##### 5.3.2.1 Elenco de Disciplinas

Quadro 03: Disciplinas ofertadas no primeiro ano

Título das disciplinas	CH /sem (em h/ aula)	Créditos	Professores	Departamento ou órgão de lotação da disciplina
<b>Bloco Teórico 01</b>				
Seminário inicial de integração	15	01	Todos professores do quadro	Depto Enfermagem CCS-UFMS
Bases Epistemológicas dos modos de fazer-pensar numa perspectiva crítica-reflexiva e sua relação com interdisciplinaridade na saúde	15	01	EnfªProfª Dr Vânia M.Fighera Olivo Fonoaud.Profª Dr Themis Maria Kessler	Depto Enfermagem. CCS-UFMS
Metodologia do ensino e da pesquisa	15	01	Cir.Dent. Prof Alexandre H. Susin Farm. Profº Dr José Edson Paz da Silva Fisiot.Profº Dr Jadir Camargo	Depto Odontologia Restauradora CCS-UFMS

			Lemos	
Políticas Públicas de Saúde I (linhas de cuidado)	15	01	Fisiot. ProfªDr Mª Salete Lock Vogt Enfª Profª Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM EnfªProfª.Ms. Maria Denise Schimdt-CCS – UFSM Fga Profª Dr. Elenir Fedosse	Depto Fisioterapia CCS-UFSM
Atenção integral às necessidades de saúde individuais e coletivas em todas as fases do ciclo da vida I	15	01	Psic. ProfªDr Mônica Arpini Enfª Profª Dr Margrid Beuter – Depto Enfª Profª Dr Eliane Tatsch Neves Fga Profª Dr. Elenir Fedosse	Depto de Psicologia CCS-UFSM
Planejamento e Gestão em saúde I	15	01	EnfªProfª Dr Vânia M.Fighera Olivo Enfª Profª Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM	Depto Enfermagem CCS-UFSM
Epidemiologia e Vigilância em Saúde Coletiva I	15	01	Farm. Profº Dr José Edson Paz da Silva Edson – Cir.Dent. Prof Dr Thiago Ardenghi	Depto de Análises Clínicas e Toxicologia CCS/UFSM
Educação, comunicação e práticas Pedagógicas emancipatórias em Saúde I	15	01	EnfªProfª Dr Marlene Gomes Terra Fga Profª Dr. Elenir Fedosse Enfª Dr. Sandra Márcia Enfª Profª Dr. Silviamar Camponogara	Depto Fonoaudiologia CCS-UFSM
Sub-total carga horária no primeiro bloco teórico no primeiro ano	135	09		
<b>Primeiro período de férias do primeiro ano (10 dias) data a combinar</b>				
<b>Bloco Teórico 03</b>				
Metodologia de elaboração de projetos de práticas em saúde I	15	01	Enfª Profª Dr Eliane Tatsch Neves Enfª Profª Dr Margrid Beuter EnfªProfª Dr Vânia M.Fighera Olivo Fga Profª Dr. Elenir Fedosse TO Profª Amara L. H. T. Battistel Enfª Profª Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM Enfª Profª Dr. Nara M. Oliveira Girardon Perlini	Depto de Enfermagem CCS-UFSM
Metodologia de elaboração de projetos de práticas em saúde II	15	01	Enfª Profª Dr Margrid Beuter Enfª Profª Dr Eliane Tatsch Neves EnfªProfª Dr Vânia M.Fighera Olivo Fga Profª Dr. Elenir Fedosse TO Profª Amara L. H. T. Battistel Enfª Profª Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM Enfª Profª Dr. Nara M. Oliveira Girardon Perlini	Depto de Enfermagem CCS-UFSM
Atenção integral às necessidades de saúde individuais e coletivas em todas as fases do ciclo da vida II	15	01	Fonoaud.Profª Dr Themis Maria Kessler Enfª Profª Dr Margrid Beuter Profª Dr Eliane Tatsch Neves Psic.Profª Dr Dórian Mônica Arpini Enfª Profª Dr. Nara M. Oliveira Girardon Perlini	Depto de Fonoaudiologia CCS-UFSM
Políticas Públicas de Saúde II (linhas de cuidado)	15	01	Fisiot. ProfªDr Maria Salete Lock Vogt- Enfª Profª.Ms. Maria Denise Schimdt-CCS – UFSM Enfª Profª Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM Fono Profª Dr. Elenir Fedosse	Depto Fisioterapia CCS-UFSM
Planejamento e Gestão em saúde II	15	01	EnfªProfª Dr Vânia M.Fighera Olivo Enfª Profª Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM	Depto Enferm. CCS-UFSM

Epidemiologia e Vigilância em Saúde Coletiva II	15	01	Farm. Prof <sup>o</sup> Dr José Edson Paz da Silva Edson Odont. Prof Dr Thiago Ardenghi	Depto. Anal.Clin. e Toxicol. CCS-UFSM
Educação, comunicação e práticas Pedagógicas emancipatórias em Saúde II	15	01	Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Marlene Gomes Terra Fono Prof <sup>a</sup> Dr. Elenir Fedosse TO Prof <sup>a</sup> Ms Amara L.H. T. Battistel	Depto. Enfermagem CCS-UFSM
Bioética e Biossegurança	15	01	Fisiot.Prof <sup>o</sup> Dr Jadir Camargo Lemos Psic.Prof Dr Alberto M. Quintana	Depto Fisioterapia CCS-UFSM
Sub-total carga horária teórica do 2º bloco no primeiro ano	120	08		
<b>Total carga horária teórica no primeiro ano</b>	<b>240</b>	<b>16</b>		
Atividade teórico-prática no primeiro ano	120	08	Todo quadro: Preceptores, orientadores de serviço e orientadores teóricos	Instituições envolvidas
Atividade prática de formação em serviço I no primeiro ano	2520	168		
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>	<b>2880</b>	<b>192</b>		
<b>Segundo período de férias do primeiro ano (20 dias): data a combinar</b>				

#### Quadro 04: Disciplinas ofertadas no segundo ano

Título das disciplina	CH /sem (em hs aulas)	Créditos	Professores	Departamento ou órgão de lotação da disciplina
<b>Bloco Teórico 04</b>				
Seminário de avaliação de implementação do projeto de práticas em saúde	30	02	Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Vânia M.Fighera Olivo Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Eliane Tatsch Neves - Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Margrid Beuter Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr. Nara M. Oliveira Girardon Perlini	Depto de Enfermagem CCS-UFSM
Seminários de vivências de Campo e Núcleo	30	02	TO Prof <sup>a</sup> Ms Amara L.H. T. Battistel Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Marlene Gomes Terra	Depto. Terapia ocupacional
Seminários preparatórios do trabalho de conclusão de curso	60	04	Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Vania M.Fighera Olivo - Fon. Dr Themis Maria Kessler TO Prof <sup>a</sup> Ms Amara L.H. T. Battistel Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr. Teresinha Weiller – CCS – UFSM	Depto Enfermagem CCS-UFSM
Sub-total carga horária no primeiro bloco teórico no segundo ano	120	08		
<b>Primeiro período de férias do segundo ano (10 dias): data a combinar</b>				
<b>Segundo período de férias do segundo ano (20 dias): data a combinar</b>				
<b>Bloco Teórico 04</b>				
Trabalho de conclusão de curso	120	08	Todos professores	Depto Enfermagem CCS-UFSM
Sub-total carga horária no segundo bloco teórico do segundo ano	120	08		
<b>Total carga horária teórica no segundo ano</b>	<b>240</b>	<b>16</b>		
Atividade teórico-prática no segundo ano	120	08	Todo quadro: Preceptores, orientadores de serviço e	Instituições envolvidas

Atividade prática de formação em serviço II no segundo ano	2520	168	orientadores teóricos	
CARGA HORÁRIA TOTAL do segundo ano	2880	192		
CARGA HORÁRIA TOTAL do PROGRAMA	5760	384		

OBS: Os Planos de Ensino de cada disciplina foram elaborados de forma interdisciplinar, e estão apresentados no [anexo 04](#). Este processo incluiu a concordância dos respectivos Chefes de Departamento e/ou gestores institucionais, sobre a atuação do docente no Programa de Residência - disciplinas e carga horária semestral.

### 5.3.2.2 Locais de realização das atividades de reflexão teórica (aulas teóricas):

As atividades de reflexão teórica serão realizadas em ambiente apropriado nas instituições envolvidas: UFSM, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Serão disponibilizadas as bibliotecas e laboratórios de informática da UFSM e da SMSSM

### 5.3.3 Cenário de prática por núcleo e área de concentração

Os cenários de práticas comuns a todos os núcleos profissionais acordados entre a Secretaria de Município da Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Universidade Federal de Santa Maria para o desenvolvimento das atividades dos residentes encontram-se descrito a seguir. Ressalta-se que os cenários assinalados em **negrito** são espaços de lotação (eixo básico) e, portanto, espaços fixos de atuação ao longo dos dois anos da Residência, enquanto que os sem **negrito** configuram-se como espaços de formação complementar, ou seja, os residentes transitam por esses espaços por períodos predeterminados.

**Quadro 05: Cenários de práticas por área de concentração**

ATENÇÃO REDE HOSPITALAR	PLANEJAMENTO E GESTÃO DE S.S DE SAÚDE (PGSPS)	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)
<p>Serviços/setores relacionados à <b>Linha de Cuidado:</b>  <b>(L1) CRÔNICO DEGENERATIVO:</b> ambulatório, pronto socorro adulto, 3º andar, SID, 5º andar  <b>(L2) MÃE-BEBE:</b> ambul., CO, 2º andar, CTIRN  <b>(L3) PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO:</b> Ambulatório, PS Psiquiátrico, Internação (Paulo Guedes e Serdequim) e Serviço de Saúde do Trabalhador  <b>(L4) HEMATO-ONCOLOGIA:</b> Amb.QTX, CTCric, 4ª andar</p> <p>Ações relacionadas mais à Linha de Cuidado ou áreas de concentração da Residência hospitalar (MEC) envolvendo processos de gestão e gerencia, com intuito de desencadear a integração entre os diferentes níveis de at</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde- SMS  Diretoria de Atenção Básica  Diretoria de Vigilância em Saúde  Diretoria de Serviços:  Planejatº, Regul. Auditor  -----  4ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS- 4ª CRS/RS  Núcleo Reg. Planejamento  Núcleo Regional de Ações em Saúde  Núcleo Reg. de Vigilância em Saúde  Monitoramento e Avaliação</p> <p>Ações relacionadas à Gestão e gerencia das prevalências epidemiológicas (dados Agentes Comunitários), relacionadas às linhas de cuidado, com intuito de desencadear a integração entre os diferentes níveis de atenção.</p>	<p>Nas Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família desenvolverão ações inerentes à ESF na gestão, gerencia, atenção, promoção e prevenção nos espaços da unidade bem como da comunidade (domicílio, escola, associações, conselhos locais, creches e outros nção.</p>
<p><b>Negrito:</b> eixos básicos (lotação) e <b>sem negrito:</b> eixo complementar (rodízio)</p>		

**OBS:** A média densidade tecnológica será contemplada na medida da criação da linha de cuidado e será um cenário de articulação e não de atuação.

### 5.3.4 Distribuição da carga horária prática nos diferentes níveis de atenção

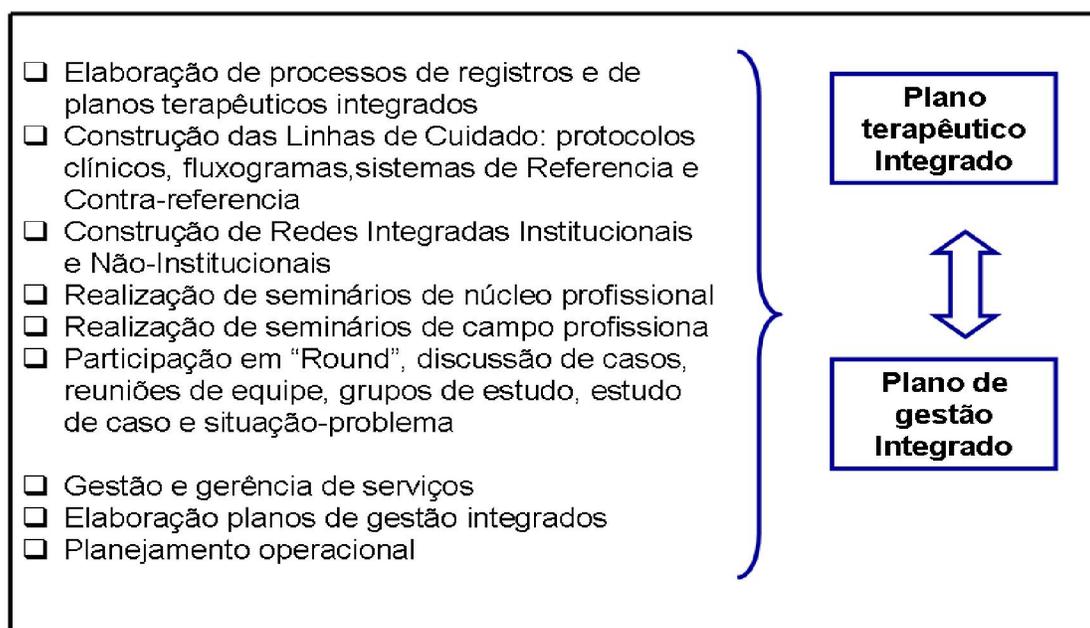
Os residentes vivenciarão o processo de formação em todos os cenários mencionados nas três grandes áreas de concentração, estruturado em quatro semestres, assim distribuídos:

- Primeiro semestre: 100 % da carga horária prática dedicada ao eixo básico de lotação, ou seja, sistema hospitalar, conforme quadro acima, objetivando uma relação concomitante de aproximação da realidade e intervenção pertinente;
- Segundo semestre: 70 % da carga horária prática dedicada às ações do eixo básico e 30 % as do eixo complementar (15% gestão e 15%ESF), garantindo a passagem em todos os níveis de atenção. As vivências no eixo complementar subsidiam as ações do eixo básico numa perspectiva de construção de processos na linha de cuidado, visando a integralidade da atenção. Este semestre é finalizado com a construção de um projeto de intervenção prática, elaborado segundo as necessidades de (trans)formação da realidade local;
- Terceiro e quarto semestres (2ºano): 70 % da carga horária prática dedicada ao eixo básico e 30 % ao eixo complementar, implantando e implementando o projeto de intervenção.

### 5.3.5 Composição principais linhas pedagógica-metodológica de produção do Campo e do Núcleo profissional

As atividades de formação em serviço (práticas e teórico-práticas) foram desenhadas a partir da lógica problematizadora, que permitam a otimização da interdisciplinaridade no processo de gestão e de atenção, com diversas atividades que a seguinte lógica de produção de Campo e Núcleo profissional:

- Ø **Linha Pedagógica-Metodologia do Núcleo Profissional:** Realização de funções/ações inerentes de cada profissão
- Ø **Linha Pedagógica-Metodologia do Campo Profissional:** Efetivo exercício da interdisciplinaridade, que envolve:



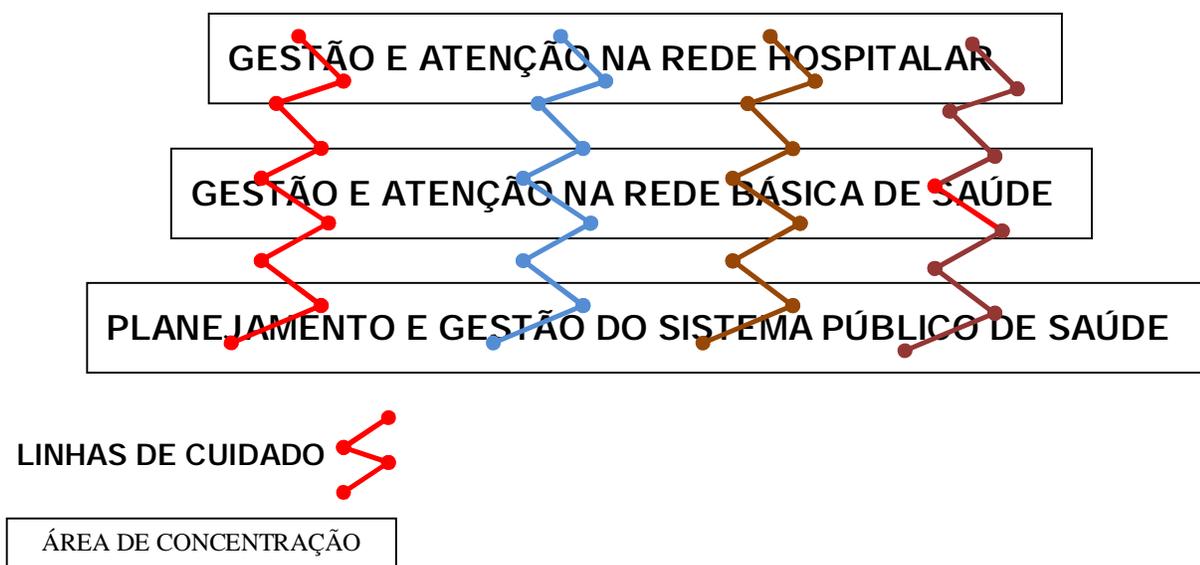
Conforme a representação gráfica acima, a dinâmica pedagógica que norteará as *atividades teórico-práticas* dar-se-ão a partir do cruzamento dos diferentes saberes e metodologias de intervenção, agregando novas bases de produção de conhecimento, resultando numa produção inovadora de ações de assistência (elaboração de Plano Terapêutico Integrado) e de gerência e gestão (elaboração Plano Gestão Integrado). Tais produções deverão ser balizadoras de práticas interdisciplinares, configurando os diversos Núcleos de conhecimento das profissões, resultando numa produção inovadora de ensino-assistência em serviço. Como isso, transcende as modalidades convencionais de ensino, de gestão e de gerência, desconstruindo modos de saber e de fazer hegemônicos, haverá a necessidade deste processo ser subsidiado por reflexões teóricas, com *aulas teórico-práticas* integradas, que contemplarão diversos aspectos destas novas tecnologias de ensino-gestão-atenção no contexto do SUS.

### 5.3.6 A construção por Linhas /Redes de cuidado

As Linhas de Cuidado adotadas são um modelo de organização dos processos de trabalho baseado no atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS. Com esse modelo de atendimento, a pessoa é eixo central da atenção à saúde. Isso implica trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade (GHC, 2007).

Metodologicamente, as linhas de cuidado farão a costura entre os diferentes níveis de assistência e gestão, possibilitando uma organização do sistema local e tornando-o coerente para o usuário do sistema.

A escolha das linhas de cuidado é baseada nas demandas pactuadas com os gestores e por indicadores epidemiológicos, dessa forma poderá ser modificado segundo a realidade local/regional. Cabe salientar que as linhas de cuidado não são áreas de concentração ou especialização e, sim, uma estratégia organizativa de cuidado que tornará a formação nas áreas de concentração, a qual o residente se especializará, mais resolutiva para o sistema de saúde.



## VI PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PRECEPTORES, ORIENTADORES E FACILITADORES

Considerando a natureza e a complexidade de uma residência multidisciplinar e integrada, propõe-se que a formação e a integração de preceptores, orientadores e facilitadores sejam realizadas sistematicamente por meio de Painéis, Seminários e Fóruns de acordo com as necessidades demandadas pelo ensino e serviços, conforme esquema abaixo:

Espaços de Educação Permanente	Atores	Freqüência	Temática
Painéis (sistematização e socialização de dados)	Facilitador, Preceptor e Residente.	No cotidiano	Demanda local do serviço.
	Coordenador, Gestores de área, Facilitador, Preceptor, Orientador e Residente.	Mensal	Demanda dos cenários de atuação.
Seminários (discussão e proposição de ações)	Coordenador, Gestores de área, Facilitador, Preceptor, Orientador e Residente.	Quinzenal (ordinários) e extraordinários	Demanda dos cenários (resultado dos Painéis), do coordenador, dos residentes, dos preceptores, orientadores e dos facilitadores.
Fóruns (discussão e deliberação de ações)	COREMU	Mensal	Avaliação, planejamento e redirecionamento do curso.

Além dos espaços formalizados, pressupõe-se que a educação permanente dos atores envolvidos seja provocada e fortalecida nas interações cotidianas no ensino-serviço.

## VII PROCESSO DE AVALIAÇÃO

### 7.1. Avaliação discente

O processo avaliativo é continuado e prevê metodologias ativas de modo que seja concomitantemente valorizada a avaliação somativa e a formativa na relação ensino e aprendizagem, constituindo-se, pois, um meio e não um fim em si mesmo.

A avaliação é cotidiana viabilizada por meio de diários de bordo, portfólios, seminário, estudos de casos, avaliação inter pares, conversas circunstanciadas e fichas de avaliação que contemplem aspectos teórico-práticos: postura ética/relações interpessoais, comprometimento, senso crítico, atitudes, habilidades, desenvolvimento de competências almejadas, grau de inserção e desempenho nas atividades de formação em serviço e de reflexão teórico-metodológica, considerando as potencialidades e fragilidades do residente, com possibilidade de recuperação contínua ou paralela operacionalizada pela Comissão Própria de Avaliação – CPA – a ser instituída pela COREMU, visando à superação de possíveis dificuldades.

A propósito, a avaliação do residente será feita trimestralmente por conceitos, expressos pelas letras A, B, C, D e E. É considerado aprovado aquele que, cumprida a

freqüência regimental (freqüência mínima de 75% nas atividades teóricas e de 100 % nas atividades de formação em serviço), obtiver conceitos A, B ou C. É considerado reprovado o residente que, mesmo cumprindo a freqüência regimental, obtiver conceitos D ou E.

O conceito A aplica-se ao residente cujo desempenho indique domínio dos elementos fundamentais para o cumprimento pleno dos objetivos da disciplina. O conceito B aplica-se ao residente cujo desempenho demonstre compreensão dos principais elementos para o cumprimento dos objetivos da disciplina. O conceito C aplica-se ao residente cujo desempenho demonstre compreensão de elementos suficientes para que os objetivos da disciplina sejam cumpridos em parte, sem comprometer a base de formação. O conceito D aplica-se ao residente cujo desempenho demonstre não ter havido domínio suficiente de elementos para que os objetivos da disciplina sejam cumpridos satisfatoriamente. O conceito E aplica-se ao residente cujo desempenho demonstre não ter havido compreensão dos elementos relativos à disciplina, não permitindo que os objetivos sejam alcançados.

A dinâmica curricular prevê que, ao longo da Residência, os residentes construam, no primeiro ano, um projeto interdisciplinar de intervenção prática (individual ou em grupo de até 3 membros), a ser qualificado por uma banca examinadora composta pelo orientador, por preceptores da linha afim, dos vários níveis de atenção, gestores das instituições envolvidas e representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde.

O tema do projeto deverá estar alinhavado à proposta político-pedagógica do Programa de Residência, considerando os objetivos gerais da RMISPS e os objetivos comuns entre as três ênfases que a compõe, e será desenvolvido no ano subsequente. Ao término da Residência, o residente deverá produzir um artigo científico para publicação que será apresentado e defendido publicamente, mediante banca examinadora, constituindo-se como um pré-requisito para conclusão do curso. Ressalta-se que a banca examinadora será composta pelo orientador, por um gestor de ênfase e de preceptor de linha afim, bem como, a coordenação desse processo fica sob a responsabilidade dos Gestores de Ensino e Pesquisa da RMISPS.

## **7.2. Avaliação interna das condições de oferta do curso (Auto-avaliação)**

O processo de avaliação será sistemático e contínuo, envolvendo todos os segmentos do Curso – discentes, docentes, preceptores, supervisores, comunidade e as instituições que compõem os campos de práticas. Tem como finalidade desencadear um movimento de auto-reflexão dos atores envolvidos e reflexão sobre as ações individuais e coletivas das instâncias que a constitui, configurando-se, pois, como uma avaliação diagnóstica.

Para tanto serão utilizados como indicadores instrumentos, técnicas e métodos de avaliação de cunho qualitativos e quantitativo, tais como a análise documental do curso, questionários estruturados e semi-estruturados, seminários, grupos focais, entre outros. Tal processo será conduzido pela CPA.

O resultado das avaliações será semestralmente divulgado em seminário de avaliação com a participação da comunidade envolvida. Parte-se da premissa de que o conhecimento das condições, contradições, potencialidades e fragilidades que permeiam o processo de formação contribuam para a compreensão do contexto a partir do qual processos de mudança possam ser ativados. Desse modo, pode-se elaborar proposições e soluções que levem a transformações da realidade encontrada, com vistas a reafirmar as potencialidades e a otimizar o planejamento e/ou redirecionamento de novas estratégias, impulsionando, assim, tomada de decisões para dirimir as fragilidades encontradas no Curso.

## VIII. PROCESSO DE SELEÇÃO DO CURSO

A **seleção de** candidatos à Residência Multiprofissional Integrada do Sistema Público de Saúde da UFSM seguirá o seguinte processo:

- A **inscrição** dos candidatos será feita por profissão e por ênfase, conforme **Tabela 1** deste
- O **processo seletivo**, constará de tres etapas descritas a seguir;

**1ª ETAPA: Prova escrita peso 6,0 (seis)** de caráter **classificatório/eliminatório**, com 40 questões objetivas, versando sobre conteúdos gerais do campo comum de atuação das diferentes disciplina. A referência será temas contidos no Programa de Disciplinas. Serão selecionados para etapa seguinte os candidatos mais bem classificados até três vezes (3 x) o número vagas por ênfase e por Profissão. Em caso de empate serão convocados todos os candidatos que tiverem obtido o último valor considerado na classificação.

**2ª ETAPA: Análise de *Curriculum Lates*<sup>1</sup>** - pré-profissional e profissional até 2 anos de formação - **peso 2,0 (dois)** de caráter **classificatório** a partir do detalhamento dos critérios apresentado no edital..

**3ª ETAPA: Defesa de Memorial Descritivo peso 2,0 (dois)** de caráter **classificatório**, a partir do detalhamento dos critérios apresentado no edital.

O resultado final será definido a partir da soma dos pontos obtidos das notas nas três etapas do processo de seleção. No caso de empate, no resultado final os critérios de desempate seguirão esta ordem: (1º) a melhor nota na primeira etapa; (2º) melhor nota na defesa do memorial descritivo.

OBS: O candidato que não comparecer em qualquer uma das etapas do concurso estará, automaticamente, desclassificado.

**Documentação exigida:** Para efetuar a inscrição é imprescindível: Xerox autenticado do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), Xerox autenticado do Diploma de graduação em instituição reconhecida;

**Matrícula:** os candidatos serão convocados para a matrícula pelo DERCA - UFSM por ordem de classificação até o preenchimento das 35 vagas. Em caso de desistência do candidato (não comparecimento), obedecer-se-á a ordem de classificação para a matrícula do próximo candidato.

## IX. RECURSOS FINANCEIROS

### 9.1 Fontes de recursos

FONTES E USOS		(Em R\$ 1,00)
FONTES		
<i>Especificação</i>	TOTAL	
Recursos financeiros provenientes do Ministério da educação	827.906,40	

<sup>1</sup> *Curriculum Vitae*, últimos 05 (cinco) anos, comprovado, apresentado conforme modelo publicado em edital e entregue no ato da inscrição.

USOS		
<i>Especificação</i>	%	<i>VALOR</i>
<i>Despesas Operacionais do Projeto</i>	100	<i>827.906,40</i>
<i>TOTAL</i>	100	<i>827.906,40</i>

### 10.2 Plano de aplicação

PLANO DE APLICAÇÃO					(Em R\$ 1,00)
Natureza da Despesa	Quant	Valor Un.	Duração meses	Total	
Bolsa de Residência	15	1.916,45	24	689.922,00	
Previd. Social sobre Bolsas Res.	15	383,29	24	137.984,40	
<b>TOTAL PREVISTO</b>					<b>827.906,40</b>

## Bibliografia Básica

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001, p.63-72.

BARRETO, ML; ALMEIDA, F.N.; VERAS, RP; BARATA, RB (Orgs). *Epidemiologia, serviços e tecnologias de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

BERGAMINI, Cecília W. & BERALDO, Deobel, G.R. *Avaliação de desempenho humano na organização*. São Paulo: Atlas, 1988.

BERGAMINI, Cecília W. *Motivação nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1997.

Bioética. Disponível em [WWW.bioetica.ufrgs.br](http://WWW.bioetica.ufrgs.br).

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: <<http://www.tce.rs.br>>

\_\_\_\_\_. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. p. 285-319.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS*. Brasília, 2002. p. 33 a 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil*. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006. Disponível na Internet em <[dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos\\_pela\\_saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos_pela_saude.pdf)>

Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1). Disponível em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/rvp\\_estudo\\_epidemiologico\\_america\\_latina.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/rvp_estudo_epidemiologico_america_latina.pdf) acesso 02/11/09

CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 113-124

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

\_\_\_\_\_. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. *Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_ e DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* v.23 n.2 Rio de Janeiro fev. 2007

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v.13, n.3, p.469-478, jul./set.1997.

CERVENY, Ceneidi e BERTHOUD, Cristiana. Visitando a família ao longo do ciclo vital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.31 a 57.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. Relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 1999. Cap. 1, p. 15-55 (40 p.).

DEVER, G.E.<sup>a</sup> Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo :Pioneira, 1988.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. Justo. Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública, v. 26, n. 2, 1992.

FERREIRA, J. Indicadores de saúde e vigilância epidemiológica em hanseníase. In: Talhari, S. e René, G. Maunus: Gráfica tropical, 1997.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, 2005.

FLEURY, Maria Tereza L. & OLIVEIRA, JR. Gestão estratégica do conhecimento: Integrando aprendizagem conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.

FOUCAULT, Michel. "O nascimento da medicina social". In FOUCAULT, Michel ; organização e tradução de Roberto Machado. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 79-98.

GHC, Grupo Hospitalar Conceição. Linhas de Cuidado. Disponível em:[<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=3#2464>]. Acesso em 13 de junho de 2009.

KANAANE, Robert. Comportamento humano nas organizações. São Paulo: Atlas, 1999.

KINOSHITA, Tykanori Roberto. Contratualidade reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. Reabilitação Psicossocial no Brasil. Editora hucitec: São Paulo, 2001. (p. 55-62).

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

LANCETTI, Antonio. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: \_\_\_\_\_. Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, [2002]. p. 11-52.

LANCETTI, Antonio. Síntese metodológica. In: \_\_\_\_\_. Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, [2002]. p. 117-120.

LOBOSQUE, A. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 1.

MELMAN, Jonas. Família e doença mental. São Paulo: Escrituras, 2001. cap. 5. p141- 150.

MENDES, E.V. (Org) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco. 1994.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. (p. 115 - 133).

MERHY, Emerson E. e ONOCKO Rosana (orgs.) Agir em saúde, um desafio para o público. São Paulo/ Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 1997. p. 197-228. (31 p.).

MILIKOVICH, G.T & BOUDREAU, J.W. Administração de recursos humanos. São Paulo :Atlas, 2000.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza Pesquisa social : teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 107 p.

MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

MOTTA, P.R. Desempenho de equipes em saúde. Rio de janeiro:Editora FGV, 2001

MORAES, I.H.S. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 1994.

Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003 Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d\\_cronic.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf) acesso em 02/10/09

PEREIRA, M.G. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara –Koogan, 1995.

PERRENOUD, P. A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica. Trad. Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artemed Editora, 2002.

SCHMITZ, Carlos André Aita Decifra-me e devoro-te: a história de como nasceu e morreu a idéia de uma residência integrada em saúde no interior do estado. Monografia. Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2006.

SILVA JUNIOR, Ivanildo. <http://www.artigonal.com/ciencias-artigos/hipertensao-arterial-sistemica-na-atencao-basica-um-desafio-para-a-saude-publica-brasileira-1125352.html>, 13/08/2009, capturado em 30 de setembro de 2009, as 16:46h)

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap.3-4.

VILLAR, Hugo. Bases para la Organizacion de los Sistemas Locales de Salud. In: PAGANINI, José Maria, CAPOTE MIR, Roberto (editores). Los sistemas Locales de Salud: conceptos – métodos – experiencias. Publicação científica no. 519. Organização Panamericana de Saúde, 1990 (p. 136-46).

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo, 1999. 332 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). DIABETES PROGRAMME, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/> acesso em 23/09/09.

World Health Organization (WHO). Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization, 2005. <http://www.who.int> . acesso em 02/10/09

## ANEXO 01

### Lei e Portarias orientadoras do Projeto

**Lei Nº11.129 de 30 de junho de 2005**

Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS.

**Portaria Interministerial Nº 45 de 12 janeiro de 2007.**

Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Elencando seus principais atribuições.

**Portaria Interministerial Nº 698/MEC/MS de 19 julho de 2007.**

Dispõe sobre a nomeação dos membros titulares e suplentes da CNRMS.

**Portaria Interministerial Nº 593 de 15 de maio de 2008.**

Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS.

**Portaria Interministerial Nº 506, DE 24 DE ABRIL DE 2008**

Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde.

## ANEXO 02

### **SÍNTESE DAS ATAS DOS SEMINÁRIOS COM GESTORES MUNICIPAIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 4ª CRS E DA UFSM: DEFINIÇÃO E PACTUAÇÃO DAS ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA**

1. **Data de realização dos seminários:** maio a junho de 2009
2. **Participação:** Professores do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, Gestores e Profissionais que atuam sistema de Saúde da região
3. **Problematização dos gestores e profissionais da saúde**
  - O grande problema é a gestão. A visão do gestor é limitada e além do mais seu papel é político. Necessita de profissionais técnicos qualificados para viabilizar os órgãos gestores.
  - Outro grande problema é a visão de atuar somente numa área, não vê o todo. Não assume o sistema como todo.
  - Não conseguimos atuar/impactar na vida do usuário (clínica ampliada). Pois busca experiências/auxílios para atuar nesses casos complexos, que nós multiprofissionais saibam atuar. É preciso focar a atenção na clínica ampliada.
  - Pouca resolutividade nas condutas. Falta de integração entre o hospital e a rede básica. Não se vê o usuário de forma holística.
  - Dificuldade dos profissionais de não observarem a gestão e integralidade. Não se sabe trabalhar em rede, no próprio ambiente de trabalho. Despreparo de atuar diante de ações desarticuladas.
  - É uma necessidade urgente, é fundamental qualificar profissionais a partir de uma visão integrada de gestão e atenção, pois o mercado de trabalho exige um profissional que seja capacitado para ter uma visão ampla do Sistema de Saúde, com conhecimento sobre o SUS.
  - A maioria das escolas forma profissionais para atuar a partir de seu núcleo de saber profissional. Não adianta um profissional que não saiba ver o todo. Não conseguem disseminar os princípios das Políticas Públicas de saúde que se dá via processos integrados de gestão-atenção.
  - Existe deficiência no mercado de profissionais de saúde com perfil para atuar no SUS.
  - Os profissionais que atuam tanto na rede hospitalar quanto na rede básica de saúde não querem assumir as responsabilidades de gestão nos seus processos de trabalho.
  - Desenvolver as Linhas de cuidado não é tão difícil a partir das prevalências clínicas e epidemiológicas. A dificuldade é maior no integrar como uma política de saúde atravessa a outra.
  - O profissional tem que entender a gestão em qualquer local - na prática e na gestão.
  - Por mais que existam grandes profissionais com conhecimentos, ocorre a desconexão de rede, de saberes, de serviços, política pública. A experiência da residência é ir além do núcleo, ser o diferencial.
4. **Encomenda/necessidades demandadas pelos gestores e profissionais da saúde em relação ao processo de formação**

- É preciso qualificar profissionais que saibam atuar a partir da lógica de sistemas de saúde e não da lógica de processo saúde-doença;
- Não queremos profissionais com foco de formação apenas centrado nas prevalências epidemiológicas pois reproduzem modelo convencional de ver somente o problema do usuário e não do sistema de saúde como um todo;
- Espera-se que o profissional que tenha visão e conexão entre políticas públicas e a própria atuação prática no ambiente de trabalho.
- Nos cenários de gestão (Coordenadorias, Secretarias municipais de Saúde, direções de serviços hospitalares) há necessidade de profissionais com conhecimento aprofundado da operacionalização das políticas públicas de saúde, programas do SUS e processos de planejamento. Observa-se que, como não existem esses profissionais com este tipo de domínio, os serviços tornam-se deficitários.
- A formação de profissionais centrados estritamente em especialidade (p.ex. oncologia, nefrologia, materno-infantil..) significa a reprodução do modelo fragmentado. Este tipo de formação pode ser viável em outro tipo de programa de qualificação profissional (especializações, residência profissional, etc.) e não para residência multiprofissional integrada.
- É preciso aprofundar cada uma destas áreas de concentração (ingresso do residente em uma área) mas Deve-se buscar qualificar para uma visão mais ampla de sistema de saúde. A gestão e a atenção devem estar interligadas.
- é preciso formar a partir da visão integrada entre as duas áreas balizadoras (ESF e PGSPS) e a área complementar (rede hospitalar).
- A sugestão é vivenciar as 03 áreas “moldando” as linhas de cuidado”, conforme as necessidades de prevalência epidemiológica loco-regionais
- Importante incluir a PNH. Tem que focar a Rede básica de saúde, e não só na estratégia da saúde da família. Necessidade de ampliar os conceitos e visões. Trabalhar na PNH sustenta trabalhar nessa vertente de multiprofissional. A PNH deve participar dessa idéia, pois ela auxilia a atuar com uma visão ampla, holística- que vê o usuário como um todo, que inseri o usuário no contexto- ou seja, após as intervenções de atenção a saúde, este seja reinserido no seu “lar”/ambiente Todos profissionais devem passar pela gestão, pois para ter idéia de atuar é entender sobre. Todos somos gestores de nossos trabalhos;
- Atenção é indissociável da gestão; apresentar atenção/gestão

**Obs:** Na seqüência deste anexo é documentado as assinaturas dos profissionais e gestores que participaram das oficinas.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA  
 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SANTA MARIA

Santa Maria 24 de Junho de 2009

**CIÊNCIA da DEFINIÇÃO DAS ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO PARA RESIDÊNCIA  
 MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA**

Nome	Profissão	Função	Município de origem	Assinatura
1. Letícia J. Kistenmacher	Enfa	Enfa Hosp	Paraíso do Sul	
2. Ingrid Pfeifer	Enfa	Enfa UBS	Paraíso do Sul	
3. Carlos Fernando Katzin	SEC. SAÚDE	SEC.	Paraíso do Sul	
4. Marcelo Faiz Elway	SEC. SAÚDE	SECRETARIO	SÃO SEPE	
5. Angélica A. R. W. M.	Sec. Saúde	Secretaria	Paraíso do Sul	
6. Larice J. Ciceres	Fonoaudióloga	Secretaria	São Pio do Sul	
7. Marizete Lilha Azen	Fonoaudióloga	Residente	Santa Maria	
8. Alexandra Saldanha Ribeiro	Enfermeira	"	São Sepé	
9. Potência Cruz Bueno	Enfermeira	Residente	Sta Maria	
10. Lúcio Mello da Rosa	Enfermeira	Residente	Santiago do Sul	
11. Ângela Barbeiri	psicóloga	Residente	Francisco de Assis	
12. Eliane Caldas de Silva	terapeuta ocupacional	Residente	Algrete	
13. Vandine Soriano Busch	enfermeira	Residente	Santa Maria	
14. Daniela Rodrigues Ruch	Enfa	Residente	São Sepé	
15. Ana Paula Witke François	Psicóloga	RESIDENTE	Sobradinho	

16.	Fabiane Vargas	Enferm.	Residente			
17.	Lucia M. Fonseca	Fisio	Residente			
18.	Isamila Ribeiro	FISIOTERAP.	RESIDENTE			
19.	Daiane Silveira	Fisioknap	Residente			
20.	Isatlen P. de Oliveira	A.Social	Residente			
21.	Ediana de los S. Moraes	Farmac.	Residente			
22.	Pamela Kurtz Lopez	Psico.	Residente	Sta Maria		Pamela Kurtz Lopez
23.	Melina Remy	Farmácia	Residente	Jucundura		Melina Remy
24.	Feresineo Passos	Enfermeira	Professora	Sta Maria		P.
25.	Marion Caroline do Amaral	Fisio	Residente	Sta. Maria		
26.	JANDINA DO S. DALMORO	NUTRIC.	Residente	Sta Maria		
27.	Fernanda T. da Rocha Marjini	Terapeuta Ocupacional	Residente	Sta Maria		
28.	Elba Maria Karstberg da Rosa	Nutric.	Residente	Uruguaiana		Elba Karstberg
29.	Luara P. Brites	Fono	residente	Sta Maria		
30.	Fernanda G. Ketzmann	Ass. Social	Residente	Stª Mª		Ketzmann
31.	Giani Rathke	Assit. Social	Residente	Sta ma		Giani Rathke
32.	Gilmara de Campos	Enfermeira	Residente	Expumoso		Gilmara de Campos.
33.	Franiele S. Paiva	Psicóloga	Residente	Sta Maria		
34.	Raquel da S. dos Santos	Enfermeira	Residente	Sta maria		Raquel Santos
35.	Denise de Oliveira Vedotto	Enfermeira	Residente	Sta maria		Denise de O. Vedotto
36.						

## **ANEXO 03**

### **PACTOS COM GESTORES**



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Hospital Universitário de Santa Maria



Ofício nº 012/2009/PRMISPS

Santa Maria, 26 de agosto de 2009.

Da: Coordenação da Residência Multiprofissional da UFSM  
A: Delegada da 4ª CRS  
Assunto: Formalização das Áreas de Concentração e Profissões envolvidas no Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde 2010

Senhora Delegada,

Vimos, através deste, formalizar, por solicitação do Ministério da Educação, as pactuações realizadas junto aos Secretários Municipais de Saúde da 4ª e 10ª CRS, com a presença de representante da SMS/Santa Maria, por meio de oficina realizada no dia 24 de junho, das 9hs às 12hs, no auditório Imembuí/CAMPUS/UFSM, que apontou quais as necessidades de formação para os serviços de Saúde (hospitalar e rede básica), em termos de composição do Programa de Residência Multiprofissional Integrada, que será implantado pelo MEC, em todos os Hospitais Universitários, em parceria com sistema Regional de Saúde. Mais especificamente, esta oficina definiu áreas de concentração que comporão o Projeto do Programa de Residência, bem como, definiu quais profissionais integrarão cada respectiva área de concentração. As Áreas de Concentração e profissões definidas estão mencionadas na tabela a seguir:

	A.C. 01: Gestão e Atenção na Rede Hospitalar	A.C. 02: Gestão e Atenção na Rede Básica de saúde	A.C. 03 Planejamento e Gestão do Sistema Público de Saúde
1. Enfermagem	04	04	Não haverá vagas específicas para estas categorias profissionais
2. Psicologia	02	02	
3. Nutrição	01	01	
4. Serviço Social	01	01	
5. Fisioterapia	02	02	
6. Fonoaudiologia	01	01	
7. Farmácia	01	01	
8. Terapia Ocupacional	01	01	

9. Odontologia	01	01	
10. Educação Física	01	01	----
	15	15	05
<b>Total = 35</b>			

É importante lembrar que, para viabilização dessas Áreas de Concentração, foram escolhidos e pactuados com os gestores alguns cenários de atuação, a saber: Área Hospitalar – HUSM; Área de Atenção Básica – Equipes de Estratégias de Saúde de Família do Município de Santa Maria; e Área de Planejamento e Gestão – 4ºCRS e SMS de Santa Maria. Convém salientar que esta definição de áreas de concentração pelos gestores e profissionais é orientação do MEC e está alicerçada no princípio da formação, a partir das reais necessidades do Sistema Público de Saúde. Nesses termos, solicitamos vossa concordância, no que diz respeito às pactuações expressas. Certos de sua compreensão, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Vânia M. Figuera Olivo  
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada

*De acordo*

*[Assinatura]*  
Claudete S. Lopes  
Id. Func. 2945649  
Deleg. Reg. Interina - 4º CRS

RECEBIDO EM  
28.08.09 às 10.45  
4º CRS - Rua Bahia  
[Endereço]



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Hospital Universitário de Santa Maria



Ofício nº 014/2009/PRMISPS

Santa Maria, 31 de agosto de 2009.

Da: Coordenação da Residência Multiprofissional da UFSM  
A: Dir. Geral HUSM Jorge Luiz Palma Freire  
Assunto: Formalização das Áreas de Concentração e Profissões envolvidas no Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde 2010

Senhor Diretor,

Vimos, através deste, formalizar, por solicitação do Ministério da Educação, as pactuações realizadas junto aos Secretários Municipais de Saúde da 4ª e 10ª CRS, com a presença de representante da SMS/Santa Maria e gestores do HUSM por meio de oficina realizada no dia **24 de junho, das 9hs às 12hs, no auditório Imembuí/CAMPUS/UFSM**, que apontou quais as necessidades de formação para os serviços de Saúde (hospitalar e rede básica), em termos de composição do **Programa de Residência Multiprofissional Integrada, que será implantado pelo MEC**, em todos os Hospitais Universitários, em parceria com sistema Regional de Saúde. Mais especificamente, esta oficina definiu áreas de concentração que comporão o Projeto do Programa de Residência, bem como, definiu quais profissionais integrarão cada respectiva área de concentração. As Áreas de Concentração e profissões definidas estão mencionadas na tabela a seguir:

	A.C. 01: Gestão e Atenção na Rede Hospitalar	A.C. 02: Gestão e Atenção na Rede Básica de saúde	A.C. 03 Planejamento e Gestão do Sistema Público de Saúde
1. Enfermagem	04	04	Não haverá vagas específicas para estas categorias profissionais
2. Psicologia	02	02	
3. Nutrição	01	01	
4. Serviço Social	01	01	
5. Fisioterapia	02	02	
6. Fonoaudiologia	01	01	
7. Farmácia	01	01	

8. Terapia Ocupacional	01	01	
9. Odontologia	01	01	
10. Educação Física	01	01	----
	15	15	05
<b>Total = 35</b>			

É importante lembrar que, para viabilização dessas Áreas de Concentração, foram escolhidos e pactuados com os gestores alguns cenários de atuação, a saber: Área Hospitalar – HUSM; Área de Atenção Básica – Equipes de Estratégias de Saúde de Família do Município de Santa Maria; e Área de Planejamento e Gestão – 4ºCRS e SMS de Santa Maria. Convém salientar que esta definição de áreas de concentração pelos gestores e profissionais é orientação do MEC e está alicerçada no princípio da formação, a partir das reais necessidades do Sistema Público de Saúde. Nesses termos, solicitamos vossa concordância, no que diz respeito às pactuações expressas. Certos de sua compreensão, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

  
Amara Lúcia Holanda Tavares Battistel

Vice-Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada

*De acordo*  
  
**Dr. Jorge Luiz N. Feite**  
DIRETOR GERAL - HUSM  
CRM - 12521      SIAPE: 57408



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Hospital Universitário de Santa Maria



Ofício nº 011/2009/PRMISPS

Santa Maria, 26 de agosto de 2009.

Da: Coordenação da Residência Multiprofissional da UFSM  
A: Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – SMS/Santa Maria  
Assunto: Formalização das Áreas de Concentração e Profissões envolvidas no Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde 2010

Senhor Secretário,

Vimos, através deste, formalizar, por solicitação do Ministério da Educação, as pactuações realizadas junto aos Secretários Municipais de Saúde da **4ª e 10ª CRS, com a presença de representante da SMS/Santa Maria**, por meio de oficina realizada no dia **24 de junho, das 9hs às 12hs, no auditório Imembuí/CAMPUS/UFSM**, que apontou quais as necessidades de formação para os serviços de Saúde (hospitalar e rede básica), em termos de composição do **Programa de Residência Multiprofissional Integrada, que será implantado pelo MEC**, em todos os Hospitais Universitários, em parceria com sistema Regional de Saúde. Mais especificamente, esta oficina definiu áreas de concentração que comporão o Projeto do Programa de Residência, bem como, definiu quais profissionais integrarão cada respectiva área de concentração. As Áreas de Concentração e profissões definidas estão mencionadas na tabela a seguir:

	A.C. 01: Gestão e Atenção na Rede Hospitalar	A.C. 02: Gestão e Atenção na Rede Básica de saúde	A.C. 03 Planejamento e Gestão do Sistema Público de Saúde
1. Enfermagem	04	04	Não haverá vagas específicas para estas categorias profissionais
2. Psicologia	02	02	
3. Nutrição	01	01	
4. Serviço Social	01	01	
5. Fisioterapia	02	02	
6. Fonoaudiologia	01	01	
7. Farmácia	01	01	
8. Terapia Ocupacional	01	01	

*José Helder Farret*  
SEC. SAÚDE SM

9. Odontologia	01	01	
10. Educação Física	01	01	----
	15	15	05
<b>Total = 35</b>			

É importante lembrar que, para viabilização dessas Áreas de Concentração, foram escolhidos e pactuados com os gestores alguns cenários de atuação, a saber: Área Hospitalar – HUSM; Área de Atenção Básica – Equipes de Estratégias de Saúde de Família do Município de Santa Maria; e Área de Planejamento e Gestão – 4<sup>o</sup>CRS e SMS de Santa Maria. Convém salientar que esta definição de áreas de concentração pelos gestores e profissionais é orientação do MEC e está alicerçada no princípio da formação, a partir das reais necessidades do Sistema Público de Saúde. Nesses termos, solicitamos vossa concordância, no que diz respeito às pactuações expressas. Certos de sua compreensão, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

  
Vânia M. Figuera Olivo

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada



José Haidar Farret  
SEC. SAÚDE SM

**ANEXO 04**  
**PLANOS DE DISCIPLINAS**

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA</b> <b>CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE</b> <b>PROGRAMA DE DISCIPLINA</b>	
<b>Departamento de lotação da disciplina: ENFERMAGEM –CCS/UFSMS</b>	
<b>Disciplina: SEMINÁRIO INICIAL DE INTEGRAÇÃO</b>	<b>Carga horária: 15 hs</b> <b>Créditos: 01</b>
<b>Professor responsável: Enf<sup>o</sup>Prof<sup>a</sup>Dr Vânia M. Fighera Olivo</b>	<b>Titulação</b> Doutora
<b>Professores apoiadores: Fisiot. Prof.Dr Jadir Camargo Lemos</b> <b>Odont. Prof Dr Alexandre H. Susin</b> <b>Enf<sup>o</sup> José Cristiano Soster</b> <b>Enf<sup>o</sup> Marcelo da Rosa Maia</b>	Doutor Doutor Especialista Especialista
<b>Sumula da disciplina:</b> a disciplina trata da apresentação das bases epistemológicas, conceituais e pedagógicas do programa de residência.	
<b>Objetivos da disciplina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acolher os profissionais de modo humanizado, ético, introduzindo-os ao novo processo de qualificação;</li><li>• Apresentar e discutir as práticas político-pedagógica-metodológicas que balizam o programa de modo possibilitar uma visão ampla do processo de qualificação;</li><li>• Oportunizar a familiarização do residente com os principais cenários de atuação prática no sentido de possibilitar a escolha do campo de referencia para o desenvolvimento do programa.</li></ul>	
<b>Bibliografia básica</b> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS. Brasília, 2002. p. 33 a 53.</p> <p>CAMPOS, G.W.e DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública v.23 n.2 Rio de Janeiro fev. 2007</p> <p>CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. Relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.</p> <p>MENDES, E.V. (Org) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco. 1994.</p> <p>MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. (p. 115 - 133).</p>	
<b>Bibliografia complementar</b> <p>FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, 2005.</p> <p>FLEURY, Maria Tereza L. &amp; OLIVEIRA, JR. Gestão estratégica do conhecimento: Integrando aprendizagem conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.</p> <p>KANAANE, Robert. Comportamento humano nas organizações. São Paulo: Atlas, 1999.</p>	

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE DISCIPLINA</b>	
<b>Departamento de lotação da disciplina:</b> ENFERMAGEM –CCS/UFSMS	
<b>Disciplina:</b> BASES EPISTEMOLÓGICAS DOS MODOS DE FAZER-PENSAR NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA-REFLEXIVA E SUA RELAÇÃO COM INTERDISCIPLINARIEDADE NA SAÚDE	<b>Carga horária:</b> 15 hs <b>Créditos:</b> 01
<b>Professor responsável:</b> ProfªEnfª Dr Vânia M. Fighera Olivo	<b>Titulação</b>  Doutoras
<b>Professores apoiadores:</b> Fgª.ProfªDr Themis Maria Kessler	
<b>Sumula da disciplina:</b> a disciplina identifica e analisa perspectivas paradigmáticas nos estudos de administração e sua correspondência com o sentido da incorporação de práticas crítico-reflexivas para um novo modo de pensar-fazer em gestão e atenção em sistemas e serviços públicos de saúde.	
<b>Objetivos da disciplina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizar os profissionais a refletirem criticamente sobre o modo introjetado e ingênuo de olhar para a realidade social, visando identificar as ideologias naturalizadas, apontar a lógica e as contradições práticas dos discursos dominantes, revelar os subterfúgios de como os modelos de gestão e atenção à saúde se naturalizam para os profissionais, no sentido de reconstruir objeto contra o senso comum, contra o instituído;</li><li>• Refletir sobre a função dos profissionais no sistema público de saúde no sentido de assumirem a co-responsabilidade no processo de transformação das práticas vigentes, desenvolvendo raciocínio clínico, assistencial e gerencial integrados</li></ul>	
<b>Bibliografia básica</b> <p>FAIRCLOUGH, Norman. Discurso e mudança social. Tradução de Izabel Magalhães. Brasília: Ed.Universidade Federal de Brasília, 2001</p> <p>SERVA, Maurício. Racionalidade substantiva demonstrada na prática cotidiana. In: Revista de Administração de empresas, v.37,n.2,p.18-31. São Paulo, 1997.</p> <p>SPINK, Mary Jane P. (Org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.</p>	
<b>Bibliografia complementar</b> <p>AKTOUF, Omar. A administração entre a tradição e a renovação. Org. e trad: Roberto Fachin e Tania Fischer. São Paulo: Atlas,1996.</p> <p>CLEGG, S; HARDY,C; CALDAS,M. Handbook de estudos organizacionais. São Paulo:</p> <p>KUHN, Thomas. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo:Perspectiva, 2001.</p>	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE DISCIPLINA**

Departamento de lotação da disciplina: ENFERMAGEM	
Disciplina: Metodologia de elaboração de projetos de práticas em saúde I	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Eliane Tatsch Neves Vernier	Titulação
Professore(s) apoiador(es): Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Margrid Beuter	Doutoras
<b>Súmula da disciplina</b> Fundamenta-se nos referenciais da integralidade, do diagnóstico epidemiológico em saúde, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde e o trabalho multiprofissional. Para tanto serão desenvolvidos os conceitos gerais sobre a estrutura e referencial teórico-metodológico de projetos de práticas em gestão e assistência em saúde.	
<b>Objetivos da disciplina</b> § Elaborar projetos de práticas em gestão e assistência em saúde. § Exercitar a habilidade de diagnóstico e planejamento de ações em saúde nos diferentes níveis de atenção. § Desenvolver a prática de trabalhar em equipe exercitando a capacidade de negociação e liderança. § Conhecer e aplicar diferentes estratégias de comunicação.	
<b>Bibliografia básica</b> ALVES, M.A.J. GEWANDSZNAJDER, F. <i>O método nas ciências naturais e sociais</i> . pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1999. BOSI, Maria Lúcia Magalhães e UCHIMURA, Kátia Yumi. <i>Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?</i> . Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol. 41, no. 1, pp. 150-153. ISSN 0034-8910. CAMPOS, G.W.S. <i>A saúde pública e a defesa da vida</i> . 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. PEDUZZI, Marina. <i>Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia</i> . Rev. Saúde Pública [online]. 2001, vol. 35, no. 1, pp. 103-109. ISSN 0034-8910. SILVA, M. J. P. <i>Comunicação tem remédio</i> . a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.	
<b>Bibliografia complementar</b> AYRES, JRM. <i>Sobre o risco</i> : para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997. CASTILHO, D. <i>Dinâmica do trabalho de grupo</i> . Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994. TAVARES, Celina Maria Araujo; MATOS, Eliane e GONCALVES, Leônora. <i>Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde</i> . Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol. 14, no. 2, pp. 213-221. ISSN 0104-0707.	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

**Departamento de lotação da disciplina:** FISIOTERAPIA

<b>Disciplina:</b> POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE I	<b>Carga horária:</b> 15 hs <b>Créditos:</b> 01
--------------------------------------------------	----------------------------------------------------

<b>Professor responsável:</b> Maria Salete Lock Vogt	<b>Titulação</b> Fisiot. ProfªDr
------------------------------------------------------	-------------------------------------

**Sumula da disciplina**

Aborda o processo de construção histórica das políticas de saúde no Brasil, com pressupostos teóricos do papel do Estado na formulação e implantação do SUS. Problematisa o direito à saúde, as conquistas democráticas constitucionais na perspectiva da reforma sanitária com uma visão estratégica sobre as políticas públicas.

**Objetivos da disciplina**

- § Analisar os determinantes das políticas de saúde que têm vigorado no país em distintos contextos históricos;
- § Abordar sobre o papel do Estado no setor saúde;
- § Compreender a Reforma Sanitária e seu ideário;
- § Determinar os pressupostos para a construção do SUS.
- § Introduzir a discussão sobre as políticas públicas de saúde estratégicas para a ratificação dos princípios e diretrizes do SUS.

**Bibliografia básica**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300p.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva. 12(2):301-317, 2007.

DALLARI, S.G. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; RIO DE Janeiro: ABRASCO, 1995. 310p.

MERHY, Emerson Elias. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de política. São Paulo: Hucitec, 1992.

**Bibliografia complementar (até 3)**

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p. Disponível no site: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: PSICOLOGIA	
Disciplina: Atenção integral às necessidades de saúde em todas as fases do ciclo da vida I	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: Psic.ProfªDrª Dorian Mônica Arpini	Titulação Doutora
Professores apoiadores: Enfª Profª Dr Margrid Beuter Profª Dr Eliane Tatsch Neves Psic Ms Eliani Viero Psic.Profª Dr Dórian Mônica Arpini	Doutora Doutora Mestre Doutora
<b>Sumula da disciplina:</b> Fundamenta-se nos referenciais da atenção integral à saúde no ciclo vital do ser humano e suas especificidades, aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Para tanto será abordado o processo saúde-doença na infância e adolescência, incluindo a promoção à saúde na infância e adolescência, incluindo a família como centro do cuidado.	
<b>Objetivos da disciplina:</b>  § Preparar os residentes para uma visão integral da infância e da adolescência incluindo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais;  § Possibilitar a compreensão das relações familiares na dinâmica dos cuidados na infância e adolescência;  § Compreender as especificidades da demanda de cuidados na atenção a saúde na infância e adolescência, conhecendo as especificidades do processo saúde-doença nesse período do ciclo vital, incluindo a família;	
<b>Bibliografia básica</b>  BOWLBY, J. <i>Cuidados Maternos e Saúde Mental</i> . São Paulo: Martins Fontes, 2002.  BRASIL, Ministério da saúde. <i>Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil</i> . Brasília: MS, 2005.  HUTZ, C. S. <i>Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção</i> . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.  WINNICOTT, D.W. <i>Os Bebês e suas mães</i> . São Paulo: Martins Fontes, 2002.  WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. <i>Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família</i> . 3 ed. São Paulo: Rocca, 2002. 327p.  <b>Bibliografia complementar</b>  KALOUSTIAN, S.M. (org.) <i>Família Brasileira: a base de tudo</i> . São Paulo: Cortez, DF: UNICEF. 1994.  CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. <i>Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências</i> . Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.  CREPALDI, M.A.; LINHARES, M.B.; PEROSA, G.B. <i>Temas em Psicologia Pediátrica</i> . São Paulo:Casa do Psicólogo, 2007.	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA**

Departamento : ENFERMAGEM – CCS/UFSMS

<b>Disciplina:</b> PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE I	<b>Carga horária:</b> 15 (T) <b>Créditos:</b> 01
<b>Professor responsável:</b> Vânia M. Figuera Olivo	<b>Titulação</b> <b>Prof. Doutor</b>

**Sumula da disciplina:** A disciplina focaliza o estudo das diferentes racionalidades subjacentes às práticas de planejamento e gestão em saúde, apoiadas em base conceitual crítico-reflexiva adequada às exigências de descentralização, integralidade e intersectorialidade colocadas pelo Sistema Único de Saúde.

**Objetivos da disciplina**

- Provocar e estimular debates crítico-reflexivos sobre a teorização do Pensamento Administrativo e a correlação com os modelos de planejamento, gestão e gerência organizacional considerando as interfaces com o campo da saúde, e mais especificamente, numa perspectiva interdisciplinar e intersectorial.
- Identificar a importância e a fundamentação das bases teórico-administrativas nos modos de estruturação/constituição dos processos de gestão e atenção em saúde.

**Bibliografia básica**

CAMPOS, Gastão Wagner de Suza. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: Campos, G.W.S., Merry. E.E., Nunes, E.N. Planejamento sem Normas. São Paulo: HUCITEC, 1989, p.9-32.

\_\_\_\_\_ Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.4, n.2, p.393-404. 1999.

DUSSAULT G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de administração pública, 26 (2):8-9,1992.

FLEURY, Maria Tereza L. & OLIVEIRA, JR. Gestão estratégica do conhecimento: Integrando aprendizagem conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.

MOTTA, Paulo Roberto. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro, Record, 1991.

**Bibliografia complementar**

MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. A produção social no campo da saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. Saúde em Debate, n.47, p. 28-35, 1995.

SILVA, S.F. Planejamento em Unidades Básicas de Saúde: noções de planejamento, estratégia e modelo assistencial. Revista Espaço para a saúde [on line] Londrina, v.1, n.2, p.65-74, 2000. Disponível em <http://www.ccs.br/espacoparasaude/vln2/>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ANÁLISE CLÍNICA E TOXICOLÓGICA –CCS/UFMS	
Disciplina: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE COLETIVA I	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: José Edson Paz da Silva	Titulação Doutores
Professores apoiadores: Odont. Prof Dr Thiago Ardenghi	
<b>Sumula da disciplina</b> A epidemiologia refere-se ao estudo da frequência, distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde. Os estudos epidemiológicos vieram se integrar à observação clínica e à pesquisa laboratorial formando o tripé sobre o qual se assentam os conhecimentos utilizados para os programas de saúde em suas diversas especialidades. Devido às suas características interdisciplinares, a epidemiologia e a vigilância em saúde possibilitam ao aluno a articulação necessária à construção do conhecimento a partir das situações de saúde dos indivíduos e da coletividade. Neste contexto, a disciplina de Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica tem por intuito fundamental demonstrar ao aluno importância da aplicação dos métodos epidemiológicos ao diagnóstico da situação de saúde das comunidades.	
<b>Objetivos da disciplina</b> § Propiciar ao aluno a oportunidade de conhecer o conceito e usos da Epidemiologia e da vigilância e suas aplicações em estudos descritivos e analíticos, fundamentados no estudo de variáveis relacionadas à pessoa, lugar e tempo bem como o papel desempenhado pelo ambiente em que o indivíduo está inserido; § Promover a aplicação da epidemiologia na prevenção da doença e promoção da saúde; § Propiciar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva.	
<b>Bibliografia básica (até 5)</b> Gordis L. Epidemiologia. 2a ed. Trad. de Cláudia Adelino Espanha. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.	
<b>Bibliografia complementar (até 3)</b> Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH. Epidemiologia clínica: como realizar pesquisa clínica na prática. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ODONTOLOGIA RESTAURADORA - CCS/UFSM

Disciplina: METODOLOGIA DO ENSINO E DA PESQUISA	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: Odont.Prof Dr Alexandre Henrique Susin	Titulação
Professores apoiadores: Farm. Profº Dr José Edson Paz da Silva Fisiot.Profº Dr Jadir Camargo Lemos	Doutores

**Sumula da disciplina**

A Disciplina deverá proporcionar ao aluno o conhecimento e visão geral de evidência científica, bem como oferecer embasamento para iniciação ao trabalho científico, técnicas de estudo, tipos, fases e processos de coleta, leitura e interpretação de dados, visando operar transformações sócio-educacionais.

**Objetivos da disciplina**

Oferecer aos alunos uma visão geral sobre as bases teóricas para elaboração de projetos de pesquisa e seu desenvolvimento baseados na realidade e contexto de sua inserção, compreendendo tanto elementos conceituais quanto metodológicos.

**Bibliografia básica (até 5)**

LAKATOS, E.M. MARCONI, M.A.. *Técnicas de pesquisa*. planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

ESTRELLA, C. *Metodologia Científica*. São Paulo, Artes Médicas, 2001.

MARCOS, B. *Ética e profissionais da saúde*. São Paulo: Santos, 2004

**Bibliografia complementar (até 3)**

EI-GUINDY, M.M. *Metodologia e ética na pesquisa*. São Paulo: Santos, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ENFERMAGEM	
Disciplina: METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DE PROJETOS DE PRÁTICAS EM SAÚDE II	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Margrid Beuter	Titulação Doutoras
Professores apoiadores: Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Eliane Tatsch Neves	
<b>Súmula da disciplina</b> Fundamenta-se nos referenciais da integralidade, do diagnóstico epidemiológico em saúde, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde e o trabalho multiprofissional. Para tanto serão desenvolvidos os conceitos gerais sobre a estrutura e referencial teórico-metodológico de projetos de práticas em gestão e assistência em saúde.	
<b>Objetivos da disciplina</b> § Implementar e avaliar projetos de práticas em gestão e assistência em saúde. § Exercitar a prática de trabalhar em equipe exercitando a capacidade de negociação e liderança.	
<b>Bibliografia básica</b> ALVES, M.A.J. GEWANDSZNAJDER, F. <i>O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa</i> . São Paulo: Pioneira, 1999. BOSI, Maria Lúcia Magalhães e UCHIMURA, Kátia Yumi. <i>Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?</i> Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol. 41, no. 1, pp. 150-153. ISSN 0034-8910. CAMPOS, G.W.S. <i>A saúde pública e a defesa da vida</i> . 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. PEDUZZI, Marina. <i>Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia</i> . Rev. Saúde Pública [online]. 2001, vol. 35, no. 1, pp. 103-109. ISSN 0034-8910. SILVA, M. J. P. <i>Comunicação tem remédio</i> . a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.	
<b>Bibliografia complementar</b> AYRES, JRM. <i>Sobre o risco</i> . para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997. CASTILHO, D. <i>Dinâmica do trabalho de grupo</i> . Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994. TAVARES, Celina Maria Araujo; MATOS, Eliane e GONCALVES, Leônor. <i>Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde</i> . Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol. 14, no. 2, pp. 213-221. ISSN 0104-0707.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

<b>Departamento de lotação da disciplina: FONOAUDIOLOGIA</b>	
<b>Disciplina:</b> ATENÇÃO INTEGRAL ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE INDIVIDUAIS E COLETIVAS EM TODAS AS FASES DO CICLO DE VIDA II	<b>Carga hor.:</b> 15 hs <b>Créditos:</b> 01
<b>Professor responsável:</b> Fg <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> Ana Paula Ramos de Souza	<b>Titulação</b> Doutora
<b>Professores apoiadores:</b> Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Margrid Beuter Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Eliane Tatsch Neves Psic Ms Eliani Viero Psic.Prof <sup>a</sup> Dr Dórian Mônica Arpini	Doutora Doutora Mestre Doutora
<b>Súmula da disciplina:</b> A disciplina aborda o processo de atenção integral à saúde no ciclo vital do ser humano e suas especificidades, aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Inclui as demandas de saúde e doença na vida adulta e no processo de envelhecimento, bem como a promoção à saúde nesse período do ciclo vital, incluindo a família no planejamento das ações em saúde, bem como as possibilidades para efetivar práticas de promoção da saúde e qualidade de vida.	
<b>Objetivos da disciplina:</b> § Preparar os residentes para uma visão integral do adulto e do idoso, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais; § Refletir sobre ações promocionais e preventivas na saúde do jovem, adulto e idoso; § Possibilitar a compreensão da inclusão da família na dinâmica dos cuidados ao adulto e idoso.	
<b>Bibliografia básica</b> AYRES JRCM. <i>Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde</i> . Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(1):63-72. LACAZ FAC O <i>sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo</i> . Ciência & Saúde Coletiva, 6(1), 233-242,2001. OLIVEIRA DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):423-31. TEIXEIRA MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. WALLERSTEIN N, SANCHEZ-MERCKI V. Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. Health Educ Res. 1994;9(1):105-118.	
<b>Bibliografia complementar</b> CAMARGO-BORGES C, JAPUR M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. <i>Interface</i> . 2005;9(18):507-19. BERNSTEIN E, WALLERSTEIN N, BRAITHWAITE B, GUTIERREZ L, LABONTE R, ZIMMERMAN M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. <i>Health Education Quarterly</i> . 1994;21(3):281-294. VASCONCELOS EM. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. Rev Serviço Social & Sociedade.2001;65:5-53.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: FISIOTERAPIA	
Disciplina: Políticas Públicas de Saúde II	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: Fisiot.ProfªDr Maria Salete Lock Vogt	Titulação Doutora
Professores apoiadores: Enfº José Cristiano Soster - SMSSM	Especialista
<b>Sumula da disciplina</b> Apresenta os dispositivos das políticas públicas em saúde que integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população. Focaliza seu elenco teórico nas Linhas de Cuidado e sua importância na busca da Atenção Integral a Saúde, mediante políticas públicas e processos democráticos.	
<b>Objetivos da disciplina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Analisar os determinantes das políticas de saúde para a integralidade da assistência;</li><li>• Problematizar a ação das Políticas Públicas;</li><li>• Desencadear a reflexão sobre os mecanismos de atuação do Controle Social;</li><li>• Discutir sobre as Políticas Públicas Nacionais, Estaduais e Municipais;</li><li>• Instrumentalizar o Residente com mecanismos de mudança na busca da Atenção Integral a Saúde;</li><li>• Fortalecer o SUS.</li></ul>	
<b>Bibliografia básica</b> CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sobre a forma neoliberal de produção dos serviços de saúde no Brasil. In: _____ Reforma da reforma repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992. p.35-86 COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2001. 133p. LUCCHESI, Patrícia T. R. Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. LUZ, Madel T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, p. 17-37. MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); <i>Agir em Saúde: um desafio para o público</i> , São Paulo, Hucitec, 1997.	
<b>Bibliografia complementar (até 3)</b> Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Pinheiro R, Mattos RA (org). os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado. Rio de Janeiro:IMS-UERJ;2001. CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo). Franco, T.B. & Magalhães, H., Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado in "Pensar BH: política social", N. 7, julho/setembro de 2003 – ISSN 1676-9503.	

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA</b> <b>CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE</b> <b>PROGRAMA DE DISCIPLINA</b>
Departamento de lotação da disciplina: : ENFERMAGEM –CCS/UFSM

<b>Disciplina:</b> PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE II	<b>Carga horária</b> 15 (T)
<b>Professor responsável:</b> Vânia M. Fighera Olivo	<b>Titulação</b> Doutores
<b>Professores apoiadores:</b> Fg <sup>a</sup> . Dr Themis Maria Kessler	

**Sumula da disciplina:** A disciplina identifica e analisa as competências que profissionais necessitam desenvolver para planejar, viabilizar e implementar a gestão processos de mudanças nos sistemas públicos de saúde, a partir da incorporação de novos conhecimentos, com valorização de novas posturas profissionais

**Objetivos da disciplina**

- Viabilizar o aprimoramento das competências para desenvolver atividades de gestão e gerência mantendo a equipe de profissionais com elevado nível de qualificação técnico-científica;
- Desenvolver capacidades gerenciais voltadas para o exercício da função de gestor de sistemas e serviços de saúde, apoiadas em base conceitual atualizada, bem como em instrumentos operacionais adequados às exigências de descentralização e eficiência/efetividade, colocadas pelo Sistema Único de Saúde;
- Estimular nos profissionais o desenvolvimento do senso crítico-reflexivo que propulsione novos processos de gestão e gerência considerando sua correlação com políticas de saúde, evolução do contexto social, econômico, ambiental e cultural;
- Proporcionar a incorporação e utilização de estratégias de planejamento e programação na condução do processo de trabalho que assegure oferta de serviços comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população;
- Capacitar os residentes para a identificação de problemas em saúde e para a busca de soluções, mediante a experimentação de práticas inovadoras de gestão;
- Desenvolver e implementar projetos de pesquisa na área da gestão da atenção à saúde, compreendendo a importância da produção científica na qualificação e implementação de novas tecnologias em saúde.

**Bibliografia básica (até 5)**

LAZZAROTTO, Maria E. Gestão por competências. Cascavel: EDUNIOESTE, 2004.

MACHADO-DA-SILVA. Mudanças estratégicas nas organizações: perspectivas cognitivas e institucional. ANPAD, 1998.

CLEGG, S; HARDY,C; CALDAS,M. Handbook de estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999.

SENGE, P. M. A Quinta Disciplina: a arte e a prática da organização que aprende. São

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ANÁLISE CLÍNICA E TOXICOLOGICA	
Disciplina: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE COLETIVA II	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: José Edson Paz da Silva	Titulação
Professores apoiadores: Odont. Prof Dr Thiago Ardenghi	Doutores
<b>Sumula da disciplina:</b> A epidemiologia refere-se ao estudo da frequência, distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde. Os estudos epidemiológicos vieram se integrar à observação clínica e à pesquisa laboratorial formando o tripé sobre o qual se assentam os conhecimentos utilizados para os programas de saúde em suas diversas especialidades. Devido às suas características interdisciplinares, a epidemiologia e a vigilância em saúde possibilitam ao aluno a articulação necessária à construção do conhecimento a partir das situações de saúde dos indivíduos e da coletividade. Neste contexto, a disciplina de Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica tem por intuito fundamental demonstrar ao aluno importância da aplicação dos métodos epidemiológicos ao diagnóstico da situação de saúde das comunidades.	
<b>Objetivos da disciplina:</b> Esta disciplina objetiva levar os profissionais a compreender o significado das principais medidas que avaliam o adoecimento e a morte das populações, capacitando-os para eleger os problemas prioritários em saúde, planejar intervenções nos diversos campos de saúde, bem como discutir e compreender os conceitos de epidemiologia e o funcionamento da vigilância epidemiológica.	
<b>Bibliografia básica</b> GORDIS L. <i>Epidemiologia</i> . 2a ed. Trad. de Cláudia Adelino Espanha. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. HULLEY SB et al. <i>Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica</i> . 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.	
<b>Bibliografia complementar</b> HAYNES, R.B.; SACKETT, D.L.; GUYATT, G.H. <i>Epidemiologia clínica: como realizar pesquisa clínica na prática</i> . 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA**

Departamento de lotação da disciplina: ENFERMAGEM –CCS/UFSM

<b>Disciplina:</b> EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EMANCIPATÓRIAS EM SAÚDE II	<b>Carga horária:</b> 15 h <b>Créditos:</b> 01
<b>Professor responsável:</b> Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Malene Gomes Terra	<b>Titulação:</b> Doutoras
<b>Professores apoiadores:</b> Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Stela Maris de Mello Padoin Fg <sup>a</sup> .Prof <sup>a</sup> Dr Ana Paula Ramos de Souza	
<b>Súmula da disciplina:</b> A disciplina discorre sobre o processo da comunicação nas relações dos profissionais de saúde, incluindo as relações que se estabelecem entre os aspectos verbais de comunicação humana, seus aspectos não-verbais. Também enfoca os elementos do processo ensino-aprendizagem a partir da vivência do processo pedagógico da problematização.	
<b>Objetivos da disciplina</b> (aquilo que se espera que a disciplina atinja) § Discutir os elementos do processo ensino-aprendizagem. § Vivenciar o processo pedagógico	
<b>Bibliografia básica</b> ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde na Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface. 2005;9(16):39-52. BERBEL, Neusi Aparecida Navas (org.) Metodologia da Problematização: Experiências com questões de Ensino Superior, Ensino Médio e Clínica. Editora UEL: Londrina, 1998. BORDENAVE, JED. Alguns Fatores Pedagógicos. IN: GRANDI, MT. Capacitação Pedagógica para instrutor/supervisor na área da saúde. OPS. Brasília, 1983. CYRINO, EG; TORALLES-PEREIRA, ML. Trabalhando com Estratégias de Ensino-aprendizado por descoberta na Área da Saúde: a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.3, maio/jun. 2004. DAVINI, C.D. Currículo Integrado. In. BRASIL. Capacitação pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde. (projeto Larga Escala). Mimeo. <b>Bibliografia complementar</b> BRASIL. Leis e Decretos. Lei nº 9394/96. Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Porto Alegre: CORAG. Assessoria de Publicações Técnicas. 6 ed. 2006. Ministério de Educação/Câmara de Educação Superior. DF. Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator); Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida. Processo(s) n. 23001.000245/2001-11. Aprovadas Parecer CNE: CES 1133/2001. Homologadas: 1º/10/2001. Resolução; CES 03/2001. OLIVEIRA, DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Ver Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):423-31.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ENFERMAGEM	
Disciplina: SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE PRÁTICAS EM SAÚDE	Carga horária: 30 hs Créditos: 02
Professor responsável: Enfª Profª Dr Eliane Tatsch Neves Vernier	Titulação
Professores apoiadores: Enfª Profª Dr Margrid Beuter	Doutoras
<b>Súmula da disciplina:</b> Apresentação do relato do projeto de prática em saúde fundamentado em uma reflexão crítica sobre a realidade vivenciada. Aplicação prática dos princípios teórico-filosóficos da integralidade.	
<b>Objetivos da disciplina:</b> § Desenvolver a habilidade do pensamento crítico-reflexivo sobre a prática. § Exercitar a apresentação oral de trabalho científico.	
<b>Bibliografia básica</b> AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. <i>Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde</i> . Interface (Botucatu) [online]. 2004, vol. 8, no. 14, pp. 73-92. ISSN 1414-3283. CASTILHO, D. <i>Dinâmica do trabalho de grupo</i> . Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994. SILVA, M. J. P. <i>Comunicação tem remédio</i> . a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996. 133 p. FAGUNDES, Norma Carapiá e BURNHAM, Teresinha Fróes. <i>Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde</i> . Interface (Botucatu) [online]. 2005, vol. 9, no. 16, pp. 105-114. ISSN 1414-3283. WIMMER, Gert Ferreira e FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. <i>Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade</i> . <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [online]. 2006, vol. 11, no. 1, pp. 145-154. ISSN 1413-8123.	
<b>Bibliografia complementar</b> BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo e LUNARDI, Valéria Lerch. <i>A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire</i> . <i>Texto contexto - enferm.</i> [online]. 2005, vol. 14, no. 3, pp. 427-434. ISSN 0104-0707. FEUERWERKER, Laura. <i>Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS</i> . <i>Interface (Botucatu)</i> [online]. 2005, vol. 9, no. 18, pp. 489-506. ISSN 1414-3283. ALVIM, Neide Aparecida Titonelli e FERREIRA, Márcia de Assunção. <i>Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem</i> . <i>Texto contexto - enferm.</i> [online]. 2007, vol. 16, no. 2, pp. 315-319. ISSN 0104-0707.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ODONTOLOGIA RESTAURADORA

<b>Disciplina:</b> SEMINÁRIO DE VIVÊNCIAS DE CAMPO E NÚCLEO	<b>Carga horária:</b> 15 hs <b>Créditos:</b> 01
<b>Professor responsável:</b> Odont. Prof Dr Alexandre Henrique Susin	<b>Titulação</b> Prof. Adj. Doutor
<b>Professores apoiadores:</b> Enf <sup>o</sup> José Cristiano Soster Fisiot. Prof Dr Jadir Camargo Lemos Enf <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Dr Malene Gomes Terra	Especialista Doutor Doutora
<b>Sumula da disciplina</b> A Disciplina deverá proporcionar ao aluno momentos de trocas de experiências e socialização de suas vivências em atividades de campo e de núcleo, visando ampliar conhecimentos sobre realidades vividas e ter atenção e orientação dirigida às demandas referentes ao exercício de suas atividades.	
<b>Objetivos da disciplina</b> Oferecer aos alunos uma visão geral sobre as bases teóricas para elaboração de projetos de pesquisa e seu desenvolvimento baseados na realidade e contexto de sua inserção, compreendendo tanto elementos conceituais quanto metodológicos.	
<b>Bibliografia básica (até 5)</b> LAKATOS, E.M. MARCONI, M.A.. <i>Técnicas de pesquisa</i> : planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996. ESTRELLA, C. <i>Metodologia Científica</i> . São Paulo, Artes Médicas, 2001. MARCOS, B. <i>Ética e profissionais da saúde</i> . São Paulo: Santos, 2004	
<b>Bibliografia complementar (até 3)</b> EI-GUINDY, M.M. <i>Metodologia e ética na pesquisa</i> . São Paulo: Santos, 2004.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

Departamento de lotação da disciplina: ENFERMAGEM –CCS/UFSM	
Disciplina: SEMINÁRIO PREPARATÓRIOS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	Carga horária: 15 hs Créditos: 01
Professor responsável: Enf <sup>a</sup> Prf <sup>a</sup> Dr Vânia M. Fighera Olivo	Titulação Doutora
Professores apoiadores: Fon. Dr Themis Maria Kessler Farm. Dr José Edson Paz da Silva Enf <sup>o</sup> José Cristiano Soster	Doutora Doutor Especialista
<b>Sumula da disciplina</b> A Disciplina deverá proporcionar ao aluno a apresentação do problema a ser abordado como trabalho de conclusão de curso e oportunizar uma reflexão acerca da aplicabilidade e viabilidade de sua metodologia e execução, bem como proporcionar discussão sobre o destino dos dados levantados no benefício da comunidade, quando for o caso.	
<b>Objetivos da disciplina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar a apresentação do tema proposto como trabalho de conclusão do curso;</li><li>• Proporcionar um ambiente reflexivo acerca do trabalho e metodologia proposta e sua aplicabilidade.</li></ul>	
<b>Bibliografia básica</b> Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses – MDT, 6 ed. EDITORAUFMS, Santa Maria, 2006. ALVES, M.A.J. GEWANDSZNAJDER, F. <i>O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa</i> . São Paulo: Pioneira, 1999. BOSI, Maria Lúcia Magalhães e UCHIMURA, Kátia Yumi. <i>Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?</i> Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol. 41, no. 1, pp. 150-153. ISSN 0034-8910. CAMPOS, G.W.S. <i>A saúde pública e a defesa da vida</i> . 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. PEDUZZI, Marina. <i>Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia</i> . Rev. Saúde Pública [online]. 2001, vol. 35, no. 1, pp. 103-109. ISSN 0034-8910. SILVA, M. J. P. <i>Comunicação tem remédio</i> . a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.	
<b>Bibliografia complementar</b> AYRES, JRM. <i>Sobre o risco</i> . para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997. CASTILHO, D. <i>Dinâmica do trabalho de grupo</i> . Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994. TAVARES, Celina Maria Araujo; MATOS, Eliane e GONCALVES, Leônor. <i>Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde</i> . Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol. 14, no. 2, pp. 213-221. ISSN 0104-0707.	