



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Centro de Educação
Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes
Área de concentração: Gestão e Aprendizagens

LEILA MARIA ARAUJO VIDAL

**A GESTÃO DO CONHECIMENTO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES: UMA VISÃO A PARTIR DA PRECEPTORIA**

**JOÃO PESSOA
2014**

LEILA MARIA ARAUJO VIDAL

**A GESTÃO DO CONHECIMENTO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES: UMA VISÃO A PARTIR DA PRECEPTORIA**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), linha de pesquisa: “Aprendizagem em Organizações”, como requisito institucional para a obtenção do Título de **MESTRE**.

Orientadora: Prof.^a Dra Adriana Valéria Santos Diniz

**JOÃO PESSOA
2014**

V648g Vidal, Leila Maria Araujo.

A gestão do conhecimento no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes: uma visão a partir da preceptoria / Leila Maria Araujo Vidal. - João Pessoa, 2014.

115f.

Orientadora: Adriana Valéria Santos Diniz

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE/CCSA

1. Gestão do conhecimento. 2. Recursos humanos em saúde. 3. Hospitais de ensino. 4. Preceptoria.

UFPB/BC

CDU: 65:002.2(043)

LEILA MARIA ARAUJO VIDAL

**A GESTÃO DO CONHECIMENTO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES: UMA VISÃO A PARTIR DA PRECEPTORIA**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão das Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), linha de pesquisa: “Aprendizagem em Organizações”, como requisito institucional para a obtenção do Título de **MESTRE**.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a. Adriana Valéria Santos Diniz
Orientadora (UFPB)

Prof.^a Dr^a. Emília Maria da Trindade Prestes
Membro interno (UFPB/MPGOA)

Prof.^a Dr^a. Marta Miriam Lopes Costa
Membro externo (UFPB/PPGEnf)

**Deus, minha família, amigos, colegas de
trabalho e orientadora. DEDICO!**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Prof.^a Dr^a. Adriana Valéria Santos Diniz, pela liberdade e confiança referente ao presente trabalho, além do indiscutível aprendizado que me proporcionou.

Agradeço à UFPB e ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes (MPGOA/UFPB), pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

Agradeço, de forma especial, a Fabiana da Silva Quintanilha, amiga fiel e colega de mestrado, que esteve ao meu lado em momentos cruciais da elaboração dessa dissertação. Agradeço, também, à Prof.^a Dra. Ana Elza e a Prof.^a Dr^a. Ana Cristina pelas orientações e apoio, além da incrível disponibilidade oferecida. Vocês foram simplesmente essenciais.

Agradeço aos meus colegas de mestrado do MPGOA/UFPB. Sinto que nós percorremos este caminho juntos, nos complementando e nos fortalecendo. Obrigada pela rica troca e cumplicidade.

Não poderia deixar de agradecer à Gerência e à Supervisão de Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), representadas pelas enfermeiras Neuma Medeiros e Fátima Olivar, pelo apoio que recebi para a realização dessa dissertação.

Assim como aos profissionais que dispuseram do seu tempo e aceitaram ser parte central da pesquisa. Obrigada, preceptores da Residência Multiprofissional de Saúde.

Agradeço, também, aos colegas do HUOL, em especial a enfermeira Andréa de Melo Costa, pelo apoio, confiança e torcida. Agradeço a enorme diversidade que me rodeia, que me ajuda a captar diferentes olhares sobre a mesma realidade.

Obrigada mãe, pelo seu apoio incondicional ao longo deste processo de dissertação e de muitos outros. Obrigada por acreditar em mim. Obrigada pai, pelos ensinamentos.

Obrigada maninha e maninho, pelo amor e cumplicidade. Obrigada por estarem ao meu lado, sempre.

Por fim, agradeço ao meu marido, Arnaldo Laet, e aos meus filhos Raphael e Gustavo. Deixei vocês por último, porque sempre deixo o melhor para o final, e vocês são o melhor da minha vida. Obrigada por suportar as minhas ausências durante esse processo, pelo apoio incondicional e pelo incentivo. É por vocês que cheguei até aqui.

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

RESUMO

O Programa Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, que tem o objetivo de superar a segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde. Essa modalidade de formação profissional oferece titulação em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-se como metodologia de ensino-aprendizado a formação em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão (trabalho educativo). A pesquisa objetiva analisar a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) sob o foco das possíveis práticas de gestão do conhecimento envolvidas neste processo, a partir do olhar da preceptoria, e a sua contribuição para as práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas com preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes. A Gestão do conhecimento, como estratégia de fortalecimento da Aprendizagem Organizacional, é entendida, no âmbito deste trabalho de pesquisa, a partir dos seguintes indicadores: produção e apropriação do conhecimento, sistematização do conhecimento, transmissão e disseminação do conhecimento, preservação do conhecimento e adoção dos conhecimentos gerados na melhoria da assistência à saúde. Estes indicadores foram analisados à luz da “Espiral do Conhecimento”, proposto pelos autores Nonaka e Takeuchi (1997), e a sua construção através das suas fases de conversão do conhecimento: socialização, externalização, combinação e internalização. Os resultados deste estudo apontam que, na visão da preceptoria, a temática Gestão do Conhecimento ainda não é uma realidade no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, as práticas de Gestão do Conhecimento estão presentes, mas acontecem de forma intuitiva, sem embasamento científico e na maioria das vezes informalmente.

Palavras-Chave: Gestão do Conhecimento. Recursos humanos em saúde. Hospitais de ensino. Preceptoria.

ABSTRACT

The Residency Program Multidisciplinary Health (RMS) is a form of professional education of multidisciplinary and interdisciplinary approach, which aims to overcome the segmentation of knowledge and care / health care. This type of training offers titling in post-graduation courses, using as a methodology of teaching-learning in-service training (at work), through monitoring and supervision (educational work). The research aims to analyze the Multidisciplinary Health Residency (RMS) from the standpoint of possible practices of knowledge management involved in this process, from the look of preceptorship, and their contribution to the training and practices of health care at the University Hospital Onofre Lopes (HUOL). This is a study of exploratory and descriptive qualitative approach, to be accomplished through interviews with preceptors of Multidisciplinary Residency at the University Hospital Onofre Lopes Health. The management of knowledge as to strengthen organizational learning strategy, is understood in the context of this research, from the following indicators: production and appropriation of knowledge, systematization of knowledge, transmission and dissemination of knowledge, preservation of knowledge and adoption the knowledge generated in the improvement of health care. These indicators will be analyzed in light of the "Spiral of Knowledge", proposed by the authors Nonaka and Takeuchi (1997), and its construction through its phases of knowledge conversion: socialization, externalization, combination and internalization. The results of this study indicate that, in view of the preceptorship, Knowledge Management theme is still not a reality in Multidisciplinary Residency Program, the practices of knowledge management are present, but they happen intuitively, without scientific basis and in most times informally.

Keywords: Knowledge Management. Health Manpower. Hospitals Teaching. Preceptorship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem
CES - Câmara de Ensino Superior
CF – Constituição Federal
CFE – Conselho Federal de Educação
CHS – Complexo Hospitalar e de saúde
CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONSUNI – Conselho Universitário
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EPS – Educação Permanente em Saúde
GM – Gabinete do Ministro
HOSPED – Hospital de Pediatria
HUAB – Hospital Universitário Ana Bezerra
HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MEC – Ministério da Saúde e Cultura
MEJC – Maternidade Escola Januário Cicco
MPGOA – Mestrado Profissional em Organizações Aprendentes
MS – Ministério da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NOB – Norma Operacional Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente
PNPG – Plano Nacional de Pós-Graduação
PPC – Projeto Pedagógico do Curso
PROJOVEM – Programa Nacional de Inclusão de Jovens
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
RH – Recursos Humanos
RHS – Recursos Humanos em Saúde
RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USFC – Unidade de Saúde Familiar e Comunitária

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Delimitação do tema e análise da situação problema	16
1.2 Questões norteadoras	19
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo geral	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
1.4 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	20
1.5 METODOLOGIA	23
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	27
2 A PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE: O LUGAR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	28
2.1 A PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE	29
2.2 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS)	31
2.2.1 Aspectos históricos	31
2.2.2 Aspectos legais e diretrizes do Sistema Único de Saúde	33
2.2.3 Objetivos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde	35
2.2.4 Fundamentos sociais, políticos e pedagógicos: o trabalho multiprofissional e o princípio da inter/multiprofissionalidade	36
3 A GESTÃO DO CONHECIMENTO APLICADA A SAÚDE	40
3.1 CONCEITUANDO APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	40
3.2 ASPECTOS INERENTES À GESTÃO DO CONHECIMENTO	43
4 A GESTÃO DO CONHECIMENTO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	50

4.1 O CONTEXTO DA PESQUISA: O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (HUOL)	50
4.1.1 Hospital Universitário Onofre Lopes: o cenário da atenção hospitalar	50
4.1.2 O contexto, o histórico e os objetivos do PRMS no HUOL	52
4.1.3 Projeto Pedagógico do Curso	54
4.1.4 Estrutura e funções	56
4.1.5 Inserção dos residentes no processo de trabalho	57
4.2 A PRECEPTORIA: FUNÇÃO E PERFIL	57
4.2.1 Vivências e aprendizagens como preceptora	57
4.2.2 A função da preceptoria	59
4.2.3 O perfil dos preceptores entrevistados	61
4.3 A “ESPIRAL DO CONHECIMENTO” NA VISÃO DA PRECEPTORIA: NEXOS E RUPTURAS	63
4.3.1 Produção e apropriação do conhecimento	63
4.3.2 Sistematização do conhecimento	65
4.3.3 Disseminação e transmissão do conhecimento	68
4.3.4 Preservação do conhecimento	71
4.3.5 Adoção dos conhecimentos na melhoria da assistência à saúde	72
4.4 PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: O PAPEL DA COORDENAÇÃO NA VISÃO DA PRECEPTORIA	75
4.5 PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: O OLHAR DA COORDENAÇÃO	78
5 CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	94
ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas sobre aprendizagem, tanto individual como organizacional, tem se revelado cada vez mais importantes frente ao cenário de transformações em que vivem as organizações. Segundo Dalla (2013), estas permitem a renovação de conhecimentos e competências, tanto de indivíduos quanto das organizações, trata-se de uma abordagem dinâmica em que o processo de aprender envolve educando e educador num ciclo de reformulações de estratégias na construção do conhecimento.

No contexto de constantes transformações, especialmente no que diz respeito às inovações tecnológicas no ambiente laboral e às exigências decorrentes dessas como condições que alteram o processo de trabalho, segundo Bitencourt (2001), na busca de maior efetividade institucional e social, a aprendizagem organizacional emerge como uma alternativa de respostas a essas mudanças, em que a organização deve desenvolver a capacidade de aprender continuamente, tomando-se por base suas experiências e traduzindo estes conhecimentos em práticas que contribuam para um melhor desempenho. Ainda sobre o aprendizado organizacional, segundo Dalla (2013):

O aprendizado organizacional leva ao desenvolvimento de capacidades e características oriundas da interação entre diferentes membros dentro da organização e suas relações. A base para o aprendizado organizacional é o aprendizado individual que é caracterizado diferentemente em cada indivíduo devido às diferenças de valores, crenças, experiências de vida, estilos cognitivos e capacidade de adaptação às mudanças. Sendo assim, cada um desenvolve em determinado momento ou etapa do processo de aprendizagem, um estilo de aprender (2013, p.76).

Os autores como Nonaka e Takeuchi (1997) deixam claro que os processos de aprendizagem organizacional não são espontâneos ou intuitivos, exigem uma gestão das aprendizagens e dos conhecimentos que propicie a produção, sistematização, disseminação e uso destes conhecimentos, de modo a promover a melhoria das práticas. Esta gestão é compreendida de modo dinâmico, não estático. A gestão do conhecimento se caracteriza pela construção sistemática e intencional de um espiral que conecta o processo de criação com o de disseminação, que transforma o conhecimento tácito em explícito.

No âmbito da saúde, as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) guiam as competências e habilidades necessárias aos profissionais de saúde. Novas políticas e programas em saúde têm sido criados, ao longo dos anos, para adaptarem tais diretrizes à formação dos trabalhadores da área de saúde, com base no conceito de educação permanente. Tavares (2006), deixa evidente alguns dos objetivos da educação permanente

A educação permanente é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora (2006, p. 288).

A “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, instituída pela Portaria 198/GM/MS, segundo Goulart (2012), apresenta-se como diretrizes para sustentar propostas pedagógicas e metodológicas diferenciadas para o estabelecimento de novas concepções na formação de trabalhadores da saúde. Dentre elas, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, que tem o objetivo de superar a segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde. Essa modalidade de formação profissional oferece titulação em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-se como metodologia de ensino-aprendizado a formação em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão (trabalho educativo).

As RMS procuram, assim, integrar diversas áreas de conhecimentos e diferentes profissionais, além de implicar de maneira indissociável educação, trabalho e gestão com o processo cuidador. Para Machado (2007), a experiência pedagógica colocada é a de construção de práticas de Saúde Coletiva, solidárias e eficazes, na perspectiva do trabalho em equipe com respeito pela autonomia profissional direcionada pelo cuidado.

O presente estudo trata, de modo particular, da Residência Multiprofissional em Saúde, no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). O HUOL é uma unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), diretamente vinculado à Reitoria, se orienta pelas diretrizes do Complexo Hospitalar e de Saúde, tem como finalidade promover a assistência à saúde, o ensino, a pesquisa e a

extensão no âmbito das ciências da saúde, e correlatas, com qualidade ética e sustentabilidade.

O HUOL destaca-se pela alta complexidade, para isso utiliza-se do suporte de cuidados intensivos, realizado por um setor servido de recursos tecnológicos avançados, que possibilitam uma assistência com qualidade e resolutividade.

Nessa perspectiva, diante de tamanha complexidade para o cuidado é imprescindível a formação de uma equipe multiprofissional capacitada para atender o paciente em uma linha de cuidado específica, direcionado para a integralidade da atenção, equidade e promoção da qualidade de vida, com o propósito de atender às necessidades do sistema público de saúde, o perfil loco-regional e as necessidades do mercado atual. Dessa forma, o hospital conta, desde o ano de 2010, com a Residência Multiprofissional em Saúde com área de concentração em Terapia Intensiva.

A convivência nesta instituição despertou a curiosidade em desvelar o duplo compromisso de profissionais de saúde no desenvolvimento de suas ações de preceptor, cumprindo seu papel na organização hospitalar, desenvolvendo atividades administrativas e assistenciais, ao mesmo tempo, realizando atividades inerentes à preceptoria, como apoio na formação de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

O preceptor contribui muito para esse processo de formação. Embora ele não pertença à academia, como agente do serviço desempenha um importante papel na formação, inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho, demonstrando preocupação principalmente com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, integrando conceitos e valores da teoria e da prática.

A respeito da relação teoria x prática, Barreto (2011) acredita que são os problemas reais que produzirão a necessidade do saber teórico. O autor afirma que o fluxo do conhecimento adquire o seguinte caminho: dúvida advinda da prática; teorização da prática; experimentação da teoria na prática; reteorização a partir da experiência aplicada, e assim sucessivamente.

Desta forma, este trabalho procura conhecer a produção, a difusão dos conhecimentos e inovações geradas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na visão da preceptoria, além da análise da dinâmica, de produção e

compartilhamento de informações e conhecimentos gerados pelo programa na relação preceptor x residente.

Barreto (2011) mostra a relação entre preceptor e educando como um importante instrumento para a descoberta do trabalho coletivo. Segundo o autor, para que isto aconteça, é importante aceitar e valorizar o que o educando traz enquanto conhecimento teórico e sentimentos. Estimula-se nesta relação o ato de pensar, e de construir hipóteses.

Discutimos neste trabalho, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como um eixo de desenvolvimento das práticas de formação em serviço, com o intuito de analisar, a partir do olhar da preceptoria, as práticas de gestão do conhecimento utilizadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e a sua colaboração com a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A formação multiprofissional, por meio da RMS, é um formato relativamente novo no contexto do Hospital Universitário Onofre Lopes. Desta forma, inexiste um processo de acompanhamento das contribuições em termos de contrapartida para o serviço, no que se refere à gestão do conhecimento. Diante disso, por ser o local da pesquisa um hospital escola onde a aprendizagem é uma constante, pretende-se com a pesquisa identificar o que tem permanecido na instituição como aprendizagem e conhecimento gerado pela relação residente-preceptor-profissionais da instituição.

É notória a necessidade de melhorias do ensino em todos os níveis de formação em nosso país, frente a um mercado de trabalho e um público de usuários dos serviços cada vez mais exigentes, especialmente na área de saúde, em que o nível de exigências organizacionais é alto, já que pode pôr vidas em risco.

Do ponto de vista histórico, cabe ressaltar que a instituição do ensino superior no Brasil tem suas origens nas duas primeiras escolas de medicina criadas por D. João VI, em 1808, portanto, há duzentos anos. Segundo Nunes (2010), o desenvolvimento das instituições de ensino foi lento no século XIX, tanto assim que, no final do império, o país contava com apenas seis escolas superiores.

No início do século XX, existiam 24 escolas superiores, chegando à cerca de 100 até 1930, quando foram criadas as primeiras universidades institucionalizadas.

Até essa data, o sistema era formado por escolas isoladas, profissionalizantes, sem preocupação com a produção de pesquisa que era realizada nos institutos para essa finalidade, que foram criados no Brasil no final do século XIX e início do século XX.

No caso da Pós-Graduação, a sua implantação no Brasil é ainda mais lenta. Tão somente na segunda década do século XX é que são registradas as primeiras iniciativas, conforme atesta Nunes (2010):

As primeiras propostas de ensino de pós-graduação surgiram isoladamente por volta da década de vinte [...] Essa década foi marcada pelo início de movimentos em prol de um novo sistema de ensino, que ressaltava a necessidade de que ensino e a pesquisa fossem realizados no mesmo ambiente e se complementassem; A partir desse momento, a pós-graduação, impulsionada pelas necessidades internas de qualificação da força de trabalho, foi ganhando espaço no meio acadêmico e sendo institucionalizada através de legislação. A primeira menção a essa etapa de formação ocorreu na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Lei nº 4.024, de 22 de dezembro de 1961, que diferenciou o acesso à graduação, à pós-graduação, à especialização, ao aperfeiçoamento e aos cursos de extensão (2010, p.1924-1925).

Na década dos 1960, o Parecer CES/CFE nº 977/65 definiu os cursos de pós-graduação em dois níveis, independentes e sem relação de pré-requisitos, seguindo o modelo norte-americano. A pós-graduação *stricto sensu* foi concebida para constituir-se como curso de aprofundamento, de formação científica, cultural e de natureza acadêmica, visando ao aprimoramento da pesquisa científica; a *lato sensu* foi constituída com objetivo específico de formar profissionais especializados em determinada área do conhecimento, sendo uma pós-graduação com caráter eminentemente prático.

A pós-graduação *stricto sensu*, na realidade, sempre teve como meta a formação de uma elite de pesquisadores e professores com a finalidade de solucionar novos problemas. Já a *lato sensu* sempre esteve voltada para o preparo e o aperfeiçoamento da prática profissional

Hoje, mudanças significativas ocorrem em todo o planeta porque a configuração da informação em rede o coloca em dimensões diferenciadas de aspectos que, até há pouco tempo eram considerados fundamentais. Um contínuo recuo da força física e do próprio valor das matérias-primas em favor do avanço da força intelectual e das novas formas de composição produtiva evidencia o fim estrutural de muitos postos de trabalho.

Ao mesmo tempo, Cury (2004) aponta que novos serviços comparecem à cena social com exigências reveladoras de uma nova forma de mais-valia: a mais-valia

intelectual. Daí decorre o papel significativo e estratégico do ensino superior em face das novas postulações da cidadania, do desenvolvimento dos países e do universo das relações sociais.

No caso específico da área da saúde, Rosa (2009/2010), em seus estudos, demarca o ano de 2002 como o início um novo discurso na Política Nacional de Educação na Saúde, que trouxe a intenção do governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo de especialidades, como forma de incentivar o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde.

Esta política previa a formação em serviço, objetivando tornar a rede pública de saúde como um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho e estabeleceu que as intercessões promovidas pela educação na saúde, poderiam garantir uma interlocução entre a formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde.

A partir desta época, a formação multiprofissional dos trabalhadores da área da saúde tornou-se tema constante em fóruns que discutem a consolidação do SUS, como no Encontro de Coordenadores, Docentes, Tutores e Preceptores de Residência em Área Profissional da Saúde, Em 2006, em um encontro pioneiro da área, realizado em Brasília/DF, afirma-se que a especialização em área profissional para esses trabalhadores deve incidir fortemente na noção de trabalho em equipe e sob o estatuto da Educação Permanente em Saúde, de modo que as particularidades de programas, instituições e quadros docentes e discentes possam ser motivo de recriação coletiva em cada ambiente de trabalho, de acordo com as articulações entre atenção, gestão e acolhimento da participação, presentes em cada local (BRASIL, 2010).

Por outro lado, exige-se, também, um maior nível de conhecimento e avaliação dos sentidos e dos impactos educacionais deste tipo de Programa, dado o seu caráter inovador. Rocha (2012) aponta para uma necessidade de estímulo das investigações na gestão do conhecimento nos serviços de saúde, envolvendo os profissionais que desenvolvem suas atividades nesses locais, a fim de ampliar o conhecimento e promover aproximações entre assistência, ensino e pesquisa, já que constatou uma preocupação atual dos profissionais de saúde em promover o crescimento, o desenvolvimento, a comunicação e a preservação do conhecimento dentro das instituições.

A partir de dados do próprio Ministério da Saúde, houve um aumento entre os anos de 2011-2013 de 152% na oferta de bolsas de residência multiprofissional – passando de 499 para 2.104 no período. Em 2014, o Ministério da Saúde visa ampliar em 51% em relação à oferta de 2013, estima-se 1086 novas vagas em residência multiprofissional, 14 categorias profissionais e 102 programas de residência. A meta do Ministério da Saúde é universalizar a oferta de residência, em 2018, em que o Brasil passaria a oferecer uma vaga de residência para cada estudante formado.

Dos 744 programas de Residência Multiprofissional do país, apenas 05 estão no Rio Grande do Norte, porém 34% da oferta de novas bolsas concentram-se no norte e nordeste, sendo especificamente no nordeste 24 novos programas e 303 novas bolsas. No Rio Grande do Norte será um novo programa e 24 novas bolsas. Diante destes dados, percebe-se que o investimento na Residência Multiprofissional está em crescimento no Brasil, sendo assim área fértil para a pesquisa científica.

Pretende-se, com esta pesquisa, analisar, a partir do olhar da preceptoria, as práticas de gestão do conhecimento utilizadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e a sua colaboração com a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Diante do exposto, e considerando a relevância da RMS para a educação permanente dos trabalhadores em saúde, não apenas no sentido da pós-graduação, mas enquanto processo de aprendizagem organizacional, idealizou-se a realização do presente estudo.

A questão principal que nos interessa saber diz respeito a como se caracteriza o processo de gestão do conhecimento, a partir do olhar da preceptoria, na RMS, buscando verificar suas colaborações para a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes.

Derivam desta, as seguintes questões: qual o perfil destes preceptores? Quais as percepções destes acerca dos possíveis processos de gestão do conhecimento, no tocante à produção, sistematização, disseminação e preservação do conhecimento na instituição e a sua contribuição para a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde desenvolvidas no HUOL? Espera-se, a partir do levantamento destas

questões, apresentar sugestões que contribuam para a melhoria de práticas de gestão do conhecimento na RMS.

1.3 OBJETIVOS

Considerando as questões expostas, esta pesquisa assume como objetivos:

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar, a partir do olhar da preceptoria, as práticas de gestão do conhecimento utilizadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e a sua colaboração com a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes.

1.3.2 Objetivos específicos

- Levantar o perfil dos preceptores da RMS, no tocante aos dados socioeconômicos, de formação e de experiência profissional.
- Conhecer as percepções destes sujeitos acerca das possíveis práticas de gestão do conhecimento, no tocante à produção, sistematização, disseminação, preservação do conhecimento e sua contribuição para a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde desenvolvidas no HUOL.
- Sugerir possíveis práticas de gestão do conhecimento, que contribuam para a melhoria desta na RMS

1.4 A JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A partir da década de 90, com a Constituição Federal (CF) de 1988 e a publicação da Lei Federal 8080/90, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas, uma vez que, desde que foi criado o SUS provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, impondo alterações significativas no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais da área (CAVALHEIRO, 2011)

Segundo Cavalheiro (2011, p.2) “dois assuntos emergiram como essenciais a esta política: fortalecimento da articulação entre as instituições formadoras e os serviços e sistemas de saúde e fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do sistema único de saúde”

Desta forma, o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo considerado de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população. Para Chirelli (2002), para que a interdisciplinaridade seja efetiva é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas.

A regulamentação por meio da lei nº 11.129/2005, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, da residência multiprofissional a define como modalidade de formação em serviço. A pós-graduação *lato sensu* é fundamental no preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS. A atual regulamentação dá suporte a espaços já existentes de educação no trabalho e reconhece a importância de qualificar todas as profissões da saúde.

Segundo Rosa (2009/2010), o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde. Estabeleceu-se que a Residência Multiprofissional em Saúde deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer à inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS.

Albuquerque (2008) deixa claro a importância dos cenários de aprendizagem para a formação em saúde quando afirma:

Os cenários de aprendizagem são de potencial importância como *locus* da formação em saúde, espaços privilegiados para a incorporação da integralidade no processo de ensino-aprendizagem, a redefinição das

práticas e estágios e do seu local de desenvolvimento ganha importância e precisa estar identificada com os princípios políticos e pedagógicos definidos pelos gestores e demais atores do processo educativo. Mas precisam ser olhados pelos gestores e atores do processo de produção do cuidado como espaço concreto em que as mudanças podem acontecer mutuamente, influenciando e trazendo novos sentidos às suas práticas (2008, p.05)

A identificação das potencialidades e desafios na formação para o SUS é fundamental a fim de operar mudanças tanto no ensino como no serviço, para que a instituição tenha uma utilização eficaz do conhecimento gerado pelo programa de Residência Multiprofissional, no intuito da melhoria da qualidade da assistência prestada, é indispensável que haja um acompanhamento por meio da gestão do conhecimento.

Pelo fato de, na condição de enfermeira, estar inserida na instituição há onze anos e estar em contato com alunos e profissionais da instituição concomitantemente durante todo este tempo, fica evidente, como profissional de saúde inserida em um hospital escola que a circulação do conhecimento e a sua preservação na instituição é de vital importância tanto para usuários que terão uma melhor assistência, prestada por profissionais atualizados constantemente e em permanente aprendizagem, como para os alunos que terão a sua formação em uma instituição onde o conhecimento é preservado e transformado continuamente e principalmente para os profissionais da instituição, que, já não são considerados alunos, mas que podem usufruir deste aprendizado melhorando a sua assistência.

No caso específico da Residência Multiprofissional tem-se um fator a mais, além do conhecimento da sua área de atuação específica, tem-se o contato e a interação de diversas profissões, trabalhando juntas com um objetivo comum, esse conceito deveria também repercutir em toda a instituição, ir além da Residência Multiprofissional, e este é o objetivo deste formato, moldar esses novos trabalhadores para que carreguem consigo fortemente a noção de trabalho em equipe e sob o estatuto da Educação Permanente em Saúde.

Dante desse contexto, é fundamental saber quem são os preceptores que estão envolvidos na RMS e como eles percebem a sua contribuição na aprendizagem organizacional e na gestão do conhecimento na instituição.

Entende-se que, desta forma, a pesquisa trará benefícios para a instituição pela melhoria da assistência prestada aos pacientes e familiares em decorrência de uma gestão do conhecimento eficaz, já que todo o aprendizado e conhecimento que advêm

da residência multiprofissional, por ser um aprendizado em serviço, são utilizados na prática real e por ser uma pós-graduação são embasados com grande conhecimento científico, além de estar em constante atualização.

Pretende-se, a partir da análise dos processos de gestão do conhecimento na RMS, sugerir possíveis práticas de gestão do conhecimento, que contribuam para a melhoria desta no programa.

Outra contribuição de relevância é o próprio fortalecimento da residência multiprofissional, com incentivo à permanência nesta instituição, já que desta forma lhe seria atribuído outra potencialidade, que seria o fortalecimento do aprendizado organizacional com melhora efetiva da gestão do conhecimento na instituição. Assim, a residência poderá ter mais uma justificativa para pleitear junto ao Ministério da Educação e da Saúde a abertura de um número maior de vagas para residentes por ano na instituição.

A pesquisa também oferece suporte ao Núcleo de Educação Permanente da instituição, já que traz uma notável contribuição na área de gestão do conhecimento, área ainda pouco explorada, que poderá ser levada para outras áreas, além da residência multiprofissional.

Somado a isso, a pesquisa também se propõe a gerar conhecimentos científicos sobre a temática Residência Multiprofissional como educação permanente, oferecendo, assim, subsídios para o meio acadêmico, potencializando a criação de novos programas de residência e agregando valor ao trabalho dos gestores de serviços de saúde.

1.5 METODOLOGIA

A pesquisa surge a partir de interrogações formuladas em relação a pontos ou fatos que permanecem obscuros e necessitam de explicações plausíveis e respostas que venham a elucidá-las. Para isso, há vários tipos de pesquisas que proporcionam a coleta de dados sobre o que desejamos investigar.

Algumas razões para eleger uma pesquisa específica são evidenciadas na determinação do pesquisador em realizá-la, entre as quais, as intelectuais, baseadas na vontade de ampliar o saber sobre o assunto escolhido, “atendendo ao desejo quase que genérico do ser humano de conhecer-se a si mesmo e a realidade circundante” (NASCIMENTO, 2002, p. 55).

Os critérios para a classificação dos tipos de pesquisa variam de acordo com o enfoque dado, os interesses, os campos, as metodologias, as situações e os objetos de estudo.

Neste caso, optamos pela pesquisa exploratória. Para Prodanov (2013), a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilitando a delimitação do tema da pesquisa; além de orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto.

A pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Em geral, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, análise de exemplos que estimulem a compreensão, entre outros.

O que pretendemos é desenvolver um processo descritivo de pesquisa. A pesquisa descritiva, ainda segundo Prodanov (2013), visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Tal pesquisa observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos.

Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação. As pesquisas descritivas são, juntamente com as pesquisas exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Em sua forma mais simples, as pesquisas descritivas aproximam-se das exploratórias, quando proporcionam uma nova visão do problema (PRODANOV, 2013).

Segundo Martins (2004 p.48-49), “três são os aspectos que nos permitem caracterizar uma abordagem qualitativa.” [...] O primeiro é de caráter epistemológico, e se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, o pesquisador que se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana.

O segundo aspecto se relaciona ao tipo de dados que se objetiva coletar, isto é, dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências. E o terceiro, relaciona-se ao método de análise que, na pesquisa qualitativa, busca compreensão e significado e não evidências.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições e as conexões causais objetivas pelas interpretações. Assim, o tipo de abordagem utilizada na pesquisa dependerá dos interesses do autor (pesquisador) e do tipo de estudo que ele desenvolverá.

Desta forma, optou-se por um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, a ser realizado com preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL).

No cenário do Rio Grande do Norte, o HUOL, desempenha um papel significativo nos sistemas de educação e saúde do estado, sendo um dos maiores e mais importante hospitais públicos prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde. Esse hospital de ensino está vinculado a UFRN, e é referência de média e alta complexidade em diversas áreas para todo o estado, além de ser uma unidade referenciada para as urgências cardiológicas para o referido Sistema.

Respeitando as recomendações dos princípios estabelecidos pela Resolução 466|2012 – Conselho Nacional de Saúde, a colaboração dos preceptores da Residência Multiprofissional de Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes, ocorreu de forma voluntária e esses profissionais não foram comprometidos, pois o estudo foi apenas para fins de pesquisa, estes antes de iniciarem a entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em que ficam expostos os riscos, a confidencialidade da inclusão das informações na pesquisa, além do caráter voluntário da sua participação.

O projeto foi encaminhado à gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário Onofre Lopes/EBSERH, instituição em que se deu a coleta de dados para a pesquisa para apreciação e posterior assinatura da carta de anuência, documento em que a instituição mostra ciência e aprovação para o início da pesquisa, esta foi realizada e somente após assinatura desta iniciou-se a pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes, utilizando para isto um instrumento semiestruturado construído para esse fim. O instrumento está organizado em duas partes. A primeira relativa aos dados sócio educacionais. A segunda, diz respeito às práticas de Gestão do Conhecimento (Apêndice A).

As entrevistas foram realizada durante o mês de julho de 2014, com os preceptores em seus setores de lotação na referida instituição. Os setores em questão foram UTI (Unidade de tratamento intensivo), edifício central de internação,

hemodiálise, divisão se serviço social, divisão de farmácia, divisão de fisioterapia e nutrição clínica. As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas após escuta. Para efeito desta pesquisa foi previamente estabelecido um número de doze entrevistas, que foram distribuídas entre as profissões da seguinte forma: quatro para preceptores da enfermagem, e dois para as demais profissões, que são nutrição, farmácia, fisioterapia e serviço social.

A diferença no quantitativo de entrevistas entre os preceptores da enfermagem e das demais profissões se justifica pelo quantitativo de preceptores da enfermagem ser maior em números reais em comparação com os preceptores das outras profissões.

Para localizar os potenciais participantes deste estudo, tomou-se como referência os critérios de inclusão, a seguir: Estar atuando como preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes, ter cumprido todas as etapas da preceptoria incluindo avaliação final dos residentes e aceitar participar da pesquisa. Estes foram escolhidos aleatoriamente, dentre os preceptores que atendiam os critérios de inclusão.

Após a realização da coleta de informações, fez-se a análise do material colhido de cunho qualitativo, tendo sido submetidos à análise e interpretação. Dessa forma, possibilitou a leitura completa de cada entrevista e, a seguir, uma descrição objetiva dos discursos para posterior construção dos resultados para interpretação.

As falas de cada profissional foram transcritas e categorizadas e subdivididas de acordo com os indicadores pré-estabelecidos, em formato de quadro, sendo estes indicadores: produção e apropriação do conhecimento, sistematização do conhecimento, transmissão e disseminação do conhecimento, preservação do conhecimento e adoção dos conhecimentos gerados na melhoria da assistência à saúde, sendo, estes indicadores analisadas e discutidas após à base do referencial teórico (Apêndice C). O conceito teórico que se ancora neste trabalho, é o da gestão do conhecimento, de modo particular, o conceito da “espiral do conhecimento” nos termos propostos por Nonaka e Takeuchi (1997).

Os sujeitos entrevistados estão identificados apenas pelo número de entrevistas realizadas, desta forma cada entrevistado recebeu uma indicação que vai do E1 até o E12.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho inicia-se como primeiro capítulo com a introdução. Nesta seção, encontra-se a delimitação do tema, as questões norteadoras, os objetivos e a justificativa da pesquisa, além da metodologia utilizada na pesquisa.

Após esta seção, o trabalho está estruturado em mais quatro capítulos. O segundo capítulo trata da Pós-graduação em saúde e o lugar da Residência Multiprofissional em Saúde neste modelo de formação.

No terceiro capítulo tem-se a gestão do conhecimento aplicada à saúde, em que foram abordadas questões teóricas centrais da pesquisa, como conceitos da aprendizagem organizacional e da gestão do conhecimento, além da apresentação dos indicadores em que se alicerçeará a pesquisa.

No quarto, construímos os dados a respeito da Gestão do Conhecimento no Programa de Residência Multiprofissional que dá sustentação a esta pesquisa. Neste capítulo apresentamos as funções e perfil da preceptoria, a apresentação e a análise das informações relacionadas as práticas de gestão do conhecimento, a partir do olhar da preceptoria.

O quinto capítulo, diz respeito as conclusões alcançadas após a análise dos dados obtidos, apresenta ainda sugestões de práticas de gestão do conhecimento que contribuam para a melhoria desta na RMS.

2 A PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE: O LUGAR DA RESIDÊNCIA MULTRIPROFISSIONAL EM SAÚDE

2.1 A PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Atualmente, frente às mudanças operadas nas diferentes áreas do conhecimento, particularmente na área da saúde, a dinâmica de trazer para o campo real, para a prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores, mostra-se fundamental para reorientar a formação voltada para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde.

Frente a esta situação, a pós-graduação *latu sensu* se firmou no aprimoramento da formação básica profissional obtida na graduação, como forma de ajuste do perfil profissional. Na busca de reorientar a formação, alguns programas de pós-graduação *latu sensu* trataram de estimular uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, por meio da construção de um novo modelo pedagógico que equilibra a excelência técnica, com métodos de ensino-aprendizagem como processo permanente, como é o caso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde, foco central desta pesquisa.

Machado (2007) acredita que a qualificação de recursos humanos na saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS.

A pós-graduação, impulsionada pelas necessidades internas de qualificação da força de trabalho, foi ganhando espaço no meio acadêmico e sendo institucionalizada através de legislação. A primeira menção a essa etapa de formação ocorreu na lei nº 4.024/1961, Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, no art.69, *alínea b*, que reconheceu os cursos de pós-graduação nos estabelecimentos de ensino superior para os estudantes que tivessem concluído o curso de graduação com a obtenção do respectivo diploma.

Alguns anos depois, o parecer n.º 977/1965 recomendou a definição dos cursos de pós-graduação, e Newton Sucupira, conselheiro e professor, relatou a decisão do Conselho Federal de Educação (CFE), considerando os aspectos legais

estipulados na LDB e distinguiu duas categorias para esses cursos: a) de pós-graduação, abertos à matrícula de candidatos que houvessem concluído o curso de graduação e obtido o respectivo diploma; b) de especialização, aperfeiçoamento e extensão, ou quaisquer outros, a juízo do respectivo instituto de ensino, abertos a candidatos com o preparo e os requisitos que vierem a ser exigidos.

Por meio da Constituição Federal de 1988, encontra-se estabelecido constitucionalmente que uma das tarefas do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. A Lei Orgânica da Saúde, de 1990, especifica que isso deve incluir todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. No entanto, na formulação de políticas do SUS, uma das áreas menos problematizadas até hoje é a da formação.

O novo direcionamento da pós-graduação foi estabelecido no inciso 3º do art.44, no Capítulo IV- Da Educação Superior, da nova LDB (Lei n.º 9.394/1996):

Art. 44. A educação superior abrange os seguintes cursos e programas:
[...] III- de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino.

O PNPG (Plano Nacional de Pós-Graduação) 2011-2020, é um documento que sintetiza as diretrizes que norteiam as políticas públicas de qualificação de pessoal em nível de mestrado e doutorado, seguindo a mesma linha da pós-graduação *latu sensu*, deixa claro que os princípios que nortearão o sistema de avaliação da próxima década serão a diversidade e a busca pelo contínuo aperfeiçoamento.

Além de enfatizar a oferta de cursos de pós-graduação interdisciplinares, refletindo a intencionalidade de integrar diferentes campos de conhecimento na forma de novos corpos intelectualmente coerentes, o que exige profundo domínio de questões epistemológicas e metodológicas. É condição necessária para isto o refinamento da compreensão da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade por parte da comunidade de Ciência, Tecnologia e Inovação, a objetividade nas definições e critérios de enquadramento de cursos e o aprofundamento desta visão na formação de recursos humanos nos níveis da graduação e da pós-graduação. Desta forma, seriam refinados os processos de enquadramento, avaliação e permanência dos cursos na área interdisciplinar.

Segundo Araújo (2007), torna-se urgente uma reforma da educação que possibilite aproximação entre ensino e trabalho em saúde. Observa-se uma inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam confrontar as formas de “saber” e “fazer” com o que a realidade requer.

Desse modo, a prática não deve ser entendida como um espaço apenas de verificação de ideias, mas também de construção de novas teorias. Valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas unidades de saúde, articulando-o com o que é criado na universidade, é um passo fundamental para uma adequada formação de profissionais do SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

A proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a Educação Permanente busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica

Por esse motivo, a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde tem sido estimulada pelos Ministérios da Saúde e de Educação, desde 2003, contrapondo-se ao ensino de práticas exclusivamente curativas, enfatizando o trabalho interdisciplinar, contribuindo na construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população por meio do trabalho interdisciplinar.

Segundo Ferreira (2007, p.55), “ao falarmos em ‘Residência Multiprofissional Integrada’, pensamos em integração entre o trabalho e educação, as diferentes profissões, as diferentes áreas de conhecimento e entre o ensino, serviço e gestão”.

Essa modalidade de ensino em serviço pretende estimular o diálogo, buscando romper com o “especialismo” na saúde e estimulando a integração entre os diferentes saberes e fazeres. A Residência Integrada em Saúde busca o trabalho coletivo, ressaltando a necessidade de valorização da multiprofissionalidade nos processos, propondo uma ruptura com a visão reducionista, entendida como “corporativo-centrado” para o eixo “usuário-centrado”.

2.2 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

2.2.1 Aspectos históricos

A criação das primeiras Residências Multiprofissionais de Saúde, segundo Nunes (2005) tem muito a ver com as características do contexto, principalmente com as questões que estavam sendo discutidas, tensionadas na área, como a revisão dos modos de trabalhar em equipe e na comunidade, a superação da unicausalidade, dos processos saúde-doença e da biologização do conhecimento, as relações do modelo de produção da sociedade com a saúde da população, a formação universitária e a constituição do campo as saúde coletiva.

Como mostra Rosa (2009/2010), a história das RMS tem uma caminhada fortemente influenciada pelos acontecimentos da época:

Entre os anos de 1970-1980, o modelo hegemônico adotado no Brasil esteve centrado no hospital e na medicina especializada. No entanto, a partir de 1973, vários movimentos sociais se aglutinaram em torno da defesa dos direitos humanos e da liberdade política, contrapondo-se à ditadura militar. Na área da saúde, estabeleceu-se a luta pela organização de um sistema de saúde único e hierarquizado, que não dicotomizasse o cuidado à doença e a promoção à saúde, a saúde individual e a saúde coletiva (2009/2012, p.488)

Nunes (2005) destaca que os anos 1980 também foram palco de dois grandes acontecimentos para a saúde e para a sociedade brasileira: a VIII Conferência Nacional de Saúde, que problematizou e deu outros encaminhamentos para a saúde, considerando-a como das condições de existência de uma sociedade determinada, como direito de todos e dever do Estado, influenciando bastante na lei que viria a instituir o SUS.

Quanto às políticas de formação para a saúde no SUS, segundo Rosa (2009/2010), a RMS foi, nessa perspectiva, apresentada como uma estratégia de

Estado que objetiva uma formação para constituir trabalhadores pautados na revisão, criação de modos de agir em saúde, além da busca de uma cultura de práticas e de compreensão da saúde no âmbito da implantação do SUS, por meio da formação em saúde.

No ano de 2002, 19 programas de residência são “reinventados”, com recursos repassados pelo Ministério da Saúde e com formatos diversificados e sem representatividade no Ministério da Educação. Já no ano de 2003, o MS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES com a finalidade de viabilizar os inúmeros projetos nessa área e demais trabalhos ligados à formação de recursos humanos na saúde (BRASIL, 2006)

Somente em 2005, a RMS ganha espaço na legislação nacional. Por meio da lei nº 11.129/2005, quase de forma diluída entre as proposições que instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem), a Residência em Área Profissional da Saúde é criada. De acordo com o artigo 13 desta lei, “fica instituída a Residência em Áreas Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu-sensu*, voltado para a educação em serviço e destinada as categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando a médica” (BRASIL, 2005)

Na disputa de projetos de saúde, algumas iniciativas buscam referenciais contra hegemônicos. Assim, a proposta de formação dos profissionais da área da saúde busca subsídios na Educação Permanente, considerada como educação no trabalho e para o trabalho, com o objetivo de transformar as práticas de saúde para que atendam as reais necessidades da população e aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Para Vargas (2011), trata-se de uma perspectiva de educação que busca a superação das práticas fragmentadas e das tradicionais concepções pedagógicas - ainda hegemônicas na formação acadêmica - que fragmentam o conhecimento e não propiciam o diálogo para o atendimento integral à saúde. Assim, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devem buscar na Educação Permanente os fundamentos para seus projetos político-pedagógicos.

Autores como Dallegrave (2009) e Abib (2012), deixam claro a importância e a dificuldade de pôr em prática e organizar um sistema de saúde pautado na universalidade como forma de acesso, na integralidade como linha de cuidado, com a participação popular na construção da gestão. Enfatizam a complexidade de propiciar

uma formação de qualidade, voltada para o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e pautado nos princípios e diretrizes do SUS em meio a tantos interesses corporativos, da indústria que ganha seu lucro na venda de remédios e de tecnologias duras para o cuidado em saúde do setor privado.

Nesse contexto, é preciso lutar contra tudo que manda para longe todas as formas de transformação da realidade, do trabalho, do cuidado, da formação, contra o pensamento hegemônico que previa a excelência na formação somente médica, e da formação voltada para dentro da sala de aula, do laboratório e focada no especialismo.

2.2.2 Aspectos legais e Diretrizes do Sistema Único de Saúde

A atual política do governo reconhece e valoriza o trabalho humano em todas as suas dimensões. No campo da saúde, a valorização foi marcada em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

Em 2004, a Portaria GM 198, de 13/02/2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com a proposição de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão, controle social/participação popular; a organização dos serviços de saúde e os respectivos processos de trabalho; as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

A promulgação da Lei 11.129/2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), deu início ao processo de regulamentação das residências multiprofissionais em saúde.

A Residência Profissional é caracterizada pela cooperação intersetorial, entre educação e saúde, como podemos comprovar no próprio texto da Lei nº 11.129/05, no seu Art. 13.

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

§ 1º A Residência a que se refere o *caput* deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A Residência a que se refere o *caput* deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

A proposta das Residências em Saúde como multiprofissionais e como integradas ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada às necessidades locorregionais, constituinte de um processo de *Educação Permanente em Saúde* que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive (BRASIL, 2010)

Através da Resolução CNS nº 287/1998, as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.

A resolução nº 2 da Secretaria de Educação Superior e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde, de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de saúde, institui as diretrizes gerais para a criação e operacionalização destes programas.

A Resolução orienta que a residência multiprofissional em saúde contenha estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

2.2.3 Objetivos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

A organização da formação e do trabalho em saúde, ainda hoje, impulsiona a fragmentação dos saberes em campos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população. Na tentativa de mudar este quadro, emerge a defesa das Residências Integradas em Saúde na esfera da Especialização em Área Profissional (BRASIL, 2010).

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde tem o propósito de capacitar o profissional para atuação em uma área específica, porém com uma visão ampliada de saúde e do contexto que envolve o processo de saúde/doença, tratando o indivíduo em sua totalidade.

Além disso, estabeleceu-se que a RMS constituir-se-ia como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS. Nessa perspectiva, pode-se dizer, também, que ela apresentou-se como uma estratégia de Estado que buscou uma formação específica, com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, por meio da formação em serviço.

A Organização Mundial de Saúde (2010), no documento “Framework for Actionon Interprofessional education&Collaborative Practice”, reconhece a educação e a prática da colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora para atenuação da crise dos profissionais da saúde global. A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre cada uma, permitindo a colaboração efetiva e melhorando os resultados da saúde; é um passo necessário para preparar a efetivação da “prática colaborativa” entre os profissionais de saúde, de forma que os mesmos estejam mais bem preparados para responder às necessidades locais de saúde

Mesmo em meio a tantas demonstrações das melhorias da atenção e da formação, o modelo de trabalho multiprofissional por si só, ainda é produtor de conflitos. Segundo Machado (2007), a autonomia é característica do trabalho médico, enquanto os demais trabalhadores permanecem em configurações de trabalho mais hierarquizadas, isto de certa forma se traduz em relações de poder, pois as diferenças estão dadas, pressupõe níveis de subordinação e então surgem as insatisfações.

A Residência Multiprofissional em Saúde, fundamentada na formação em serviço, desenvolvida sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, propiciará melhor atenção à saúde dos usuários que vierem a necessitar do atendimento desses profissionais, além de melhorar a qualidade de vida de todos: dos pacientes, que serão vistos em sua integralidade; dos profissionais de saúde em formação, ao aumentar sua capacidade de diálogo e alcançar uma compreensão ampliada da realidade; e dos preceptores da residência multiprofissional, ao ampliar as possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde.

2.2.4 Fundamentos sociais, políticos e pedagógicos: O trabalho multiprofissional e o princípio da inter/multiprofissionalidade

Capacitados por muitos anos durante a formação para atuar individualmente, os profissionais de saúde vivem uma fase contraditória, na qual esse novo trabalhador converge à concepção e à execução do trabalho em um novo ambiente tecnológico e organizacional, em que se necessita de uma qualificação que inclua múltiplos aspectos: comunicacionais, de inter-relação com clientes e demais trabalhadores e da capacidade de trabalhar em grupo.

Ao longo das duas últimas décadas, diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais de saúde que, segundo Henriques (2005), dentre elas, está a reflexão e a transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde. O referido autor supra citado, relata o movimento na direção de transformações dos velhos modelos de ensino para a formação na saúde, os quais se mostram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população.

O que se busca, atualmente, é fazer o movimento inverso: substituir ações baseadas em procedimentos especializados pelas ações relacionais, centradas em atitudes acolhedoras e no vínculo com o usuário, buscando o cuidado à saúde e à cura como finalidade última de um trabalho, multiprofissional.

A abordagem do trabalho em saúde é essencial para o aprimoramento e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Almeida (2001) o movimento para construir o trabalho multiprofissional, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, pode levar para além de um trabalho técnico hierarquizado, um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração dos trabalhadores.

Em contrapartida, SchwartzIII (2009) reflete sobre como o trabalho médico e dos demais profissionais de saúde deve ser concebido como parte de uma totalidade complexa e multideterminada, e como a centralidade do trabalho médico tem sido apontada como um paradoxo, pois tem contribuído tanto para a manutenção de um modelo assistencial descompromissado com o usuário e centrado no procedimento como para construir novas formas de agir em saúde.

SchwartzIII (2009), concebe o trabalho em saúde acontecendo majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, mas geralmente por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade. O trabalho da equipe multiprofissional de saúde é um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais.

Porém, o mesmo autor vislumbra uma melhora nas ações de saúde multiprofissional no caso brasileiro, pelas mudanças recentes que sinalizam possibilidades de práticas mais colaborativas e com impacto positivo no resultado assistencial: a criação do SUS e o investimento na Saúde da Família como estratégia

reestruturante do modelo assistencial; os estímulos às mudanças na formação, advindos dos Ministérios da Saúde e da Educação; as experiências de formação de equipes com atuação interdisciplinar nas quais se verifica certa diluição do corporativismo médico e maior valorização das práticas dos diversos profissionais de saúde.

É necessário criar mais espaços para a comunicação dos cursos, serviços, gestores e principalmente usuários. Os profissionais do serviço devem sentir-se co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde.

Há consenso na literatura em saúde, em especial no debate brasileiro sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), de que é necessário revisar a hegemonia do médico no trabalho em saúde e caminhar no sentido de práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde

Quando se trata de discutir as melhorias das condições de trabalho na área, Machado (2007) aponta que há muito tempo já se tem a percepção de que a melhor abordagem dos pacientes é o formato multiprofissional, em virtude da complexidade cada vez maior dos cuidados, pela possibilidade de se alcançar maior eficiência na abordagem a pessoa doente, pela fragmentação de tarefa na assistência e principalmente pela potência terapêutica que esses profissionais juntos podem alcançar. Em relação a multi, a inter e a transdisciplinaridade, Bicalho (2011) ressalta:

“A multi-, a inter- e a transdisciplinaridade (embora existam outras denominações e subdivisões desses termos) se propõem a oferecer alternativas aos modos de pensar e fazer da ciência clássica, disponibilizando, para além do pensamento analítico-reducionista, formas de investigação científica que atendam às necessidades de compreensão de fatos e fenômenos em toda a sua complexidade. Os conceitos associados aos três termos aqui mencionados não são, contudo, únicos ou aceitos com tranquilidade pelos estudiosos. Eles foram assumindo significações diversas ao longo das últimas décadas, mantendo em comum a ideia de que representam movimentos que surgiram em resposta à fragmentação do conhecimento.” (2011, p.05)

As propostas de formação e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional já estão colocadas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário. Segundo Albuquerque (2008), prova disso é a constância da designação do trabalho em equipe em qualquer circunstância propositiva de elevação da qualidade do trabalho e da formação da

saúde. A orientação do trabalho multiprofissional consta quanto das diretrizes para o exercício profissional no SUS.

São inúmeras as possibilidades para a compreensão das questões relacionadas ao trabalho multiprofissional na área de saúde e dos trabalhadores envolvidos nesta tarefa de cuidar. Neste sentido, é relevante nossas reflexões para a necessidade de transformação do trabalho isolado em trabalho coletivo, para acreditarmos na multiprofissionalidade por meio de atitudes interdisciplinares, que é o momento da apreensão dos múltiplos conhecimentos e práticas, advindos principalmente do aprender fazendo, utilizando como princípio pedagógico a educação permanente e a utilização eficaz da gestão do conhecimento, para um fazer e agir que possibilite novos modos de contribuir para a formação, o ensino, a pesquisa e a gestão em saúde.

Dada a sua relevância para a formação e atuação dos profissionais de saúde, é que entendemos que cabe a pergunta sobre as práticas de gestão do conhecimento e as suas possíveis colaborações com a melhoria da formação e da atenção à saúde, no caso específico da RMS no HUOL.

A seguir, apontaremos dois conceitos relevantes nos quais se ancoram este trabalho, o da gestão do conhecimento e o da aprendizagem organizacional, buscando aplicá-los no âmbito da saúde. Interessa-nos de modo particular, o conceito da “espiral do conhecimento” nos termos propostos por Nonaka e Takeuchi (1997).

3 A GESTÃO DO CONHECIMENTO APLICADA À SAÚDE

A atividade profissional em um Hospital Escola é desenvolvida percorrendo um caminho sinuoso entre a atividade profissional, o ensino e a aprendizagem, ou seja, trabalha-se com situações reais, pacientes reais e tem a responsabilidade legal como profissional da instituição, ao mesmo tempo em que ensina e supervisiona alunos. Somado a isso, tem que aprender e estar atualizado com as novas descobertas na área da saúde. Desta forma, os termos aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento são inerentes a um Hospital Escola, que é uma organização em que todos que a constituem estão constantemente percorrendo um caminho que passa do ensino ao aprendizado de forma contínua e permanente.

Diante disso, surgiu o interesse em saber como os preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde desta instituição percebem a criação do conhecimento, a sua disseminação e, posteriormente, como esse conhecimento é utilizado. Para efeitos desta pesquisa, detive o interesse no programa de Residência Multiprofissional em Saúde e na utilização do conhecimento gerado por este programa.

3.1 CONCEITUANDO APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Na literatura podemos encontrar algumas definições para a aprendizagem organizacional. Na década de 1970, Chris Argyris e Donald Schön (1978) definiram a aprendizagem organizacional como “a detecção e correção de erros”. Posteriormente Fiol e Lyles (1985) explicaram a aprendizagem como “o processo de melhorar ações através de melhor conhecimento e compreensão”.

Probst e Buchel (1997) enfatizaram o conhecimento, valores e mudança para conceituar aprendizagem organizacional, afirmando que está trata das habilidades das organizações para detectar, corrigir e aprender através dos erros. Nonaka e Takeuchi (1997) salientam que a aprendizagem organizacional está intimamente relacionada ao aprender fazendo.

Ao mesmo tempo, Peter Senge (1990), o maior especialista em aprendizado organizacional da atualidade, apresenta, na década de 1990, a aprendizagem organizacional acontecendo através de interações continuadas com o meio. As pessoas elevam a capacidade de criar resultados, diante disso brotam padrões

elevados de raciocínio e condições de aprendizagem em grupo, evidenciando a mudança de mentalidade e as cinco disciplinas. Para Peter Senge (1990), o aprendizado pode envolver algum treinamento, mas vai além, sobre este, afirma que “Poucos de nós aprendemos as coisas que são realmente importantes para nossa vida em programas de treinamento”; Para este autor, o aprendizado ocorre no dia-a-dia, ao longo do tempo, o aprendizado sempre acontece quando as pessoas estão às voltas com questões essenciais ou se veem diante de desafios. Nesse sentido, o aprendizado não tem muito a ver com treinamento.

Ainda segundo Peter Senge (1990), a aprendizagem organizacional está no engajamento de todos os membros da empresa, o passo seguinte é incorporar as cinco disciplinas de aprendizagem: domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizado em equipe e pensamento sistêmico.

Essas cinco disciplinas são programas permanentes de estudo e prática que levam ao aprendizado organizacional e continuam as mesmas, porque o que importa é adquirir as capacidades fundamentais para organização.

A primeira disciplina é o domínio pessoal. Significa aprender a expandir as capacidades pessoais para obter os resultados desejados e criar um ambiente empresarial que estimule todos os participantes a alcançar as metas escolhidas.

A segunda disciplina, que Peter Senge (1990) chama de modelos mentais, consiste em refletir, esclarecer continuamente e melhorar a imagem que cada um tem do mundo, a fim de verificar como moldar atos e decisões.

A terceira disciplina, visão compartilhada, é estimular o engajamento do grupo em relação ao futuro que se procura criar e elaborar os princípios e as diretrizes que permitirão que esse futuro seja alcançado.

A quarta disciplina, aprendizado em equipe, refere-se à transformação as aptidões coletivas ligadas ao pensamento e à comunicação, de maneira que grupos de pessoas possam desenvolver inteligência e capacidades maiores do que a soma dos talentos individuais.

E, finalmente, a quinta disciplina, pensamento sistêmico, é criar uma forma de analisar e uma linguagem para descrever e compreender as forças e inter-relações que modelam o comportamento dos sistemas. É essa quinta disciplina que permite mudar os sistemas com maior eficácia e agir mais de acordo com os processos do mundo natural e econômico.

Uma indagação de Fleury e Fleury (1995 p.6) em seus estudos é “como uma organização, seja ela uma empresa, uma faculdade, um hospital, pode desenvolver uma dinâmica permanente de aprendizagem e mudança?”

A partir do conceito de aprendizagem como um processo de mudança, resultante de uma experiência anterior e que se manifesta ou não numa mudança perceptível de comportamento, segundo Fleury e Fleury (1995), o primeiro debate que surge quando se fala em aprendizagem organizacional é se a aprendizagem é um fenômeno individual ou organizacional.

Embora falemos em aprendizagem organizacional, não nos devemos esquecer de que isso não passa de figura de retórica, pois o aprender é sempre atributo do indivíduo. Assim, quando falamos em aprendizagem organizacional, na realidade estamos falando em aprendizado de indivíduos na organização.

Contudo, esse conhecimento só é criado pelos indivíduos, cabendo à organização proporcionar meios e contextos que possibilitem e tornem possível o aprimoramento do conhecimento. Em razão desses aspectos não formais para a geração de conhecimento, Nonaka e Takeuchi (1997, p.7) propõem distingui-los em tácito e explícito:

- a) conhecimento tácito - é aquele não escrito em lugar algum, como as habilidades, percepções, insight, palpites, intuições e visão de mundo enraizada nas ações e nas experiências dos indivíduos. São componentes subjetivos, de difícil visualização e formalização, transmissão e compartilhamento; e
- b) conhecimento explícito - é aquele registrado, expresso em palavras ou números. São componentes objetivos, disponíveis para todas as pessoas, podendo ser facilmente comunicado e compartilhado sob a forma de dados brutos como: fórmulas científicas, procedimentos codificados ou princípios universais.

Com as mudanças que vão ocorrendo no ambiente organizacional, surge a necessidade de se aprender a realizar as novas tarefas, além de realizar as antigas mais rápida e eficazmente. A organização deve gerar um novo conhecimento e adotá-lo na prática. O processo de aprendizagem, segundo Fleury e Fleury (1995), envolve a definição de novos comportamentos, que comprovam a efetividade do aprendizado.

A disseminação e o compartilhamento de informações são essenciais para aproximar e direcionar as ações dos profissionais aos propósitos comuns de uma organização de saúde. Especialmente numa organização hospitalar de ensino, grupos

de profissionais de diferentes capacitação e formação desempenham funções complexas na área médica, técnica, didática e administrativa.

O estímulo à aprendizagem em hospitais tem sido particularmente difícil porque são integrados por especialistas de várias áreas técnicas com cristalizado individualismo. Segundo Emmerick (2007 p.3), os médicos têm dirigido seu desempenho e o dos demais, comandando o conjunto das atividades do hospital. A sua competência técnica foi assumida como competência para a gestão.

A aprendizagem organizacional deve ensejar a construção, em equipe, de atitude mental e de práticas de trabalho que beneficiem os clientes e tragam resultados sustentáveis para a organização. Segundo Berwick (1997), a criação do ambiente de aprendizagem começa pela criação de oportunidades de participação para todos. O projeto formador deve ser explicitado para todos os colaboradores, com centro na equipe multidisciplinar, como caminho para mudar formas de pensar e interagir de todos.

A necessidade da equipe multidisciplinar em instituições de saúde decorre da natureza da atividade e se vincula às exigências legais. O cuidado tem que ser elaborado, conduzido e relatado por equipe multidisciplinar; é parâmetro fixado pelo Ministério da Saúde.

No caso das Residências Multiprofissionais, a construção da competência de trabalhar em equipe é intrínseca a sua atividade, que tem como característica principal a interdisciplinaridade, que exige além do mais a capacidade de integrar diferentes áreas do conhecimento em função de um programa, que permita formar profissionais de diferentes áreas da saúde, por meio de educação em serviço, para atuar em equipe de forma multiprofissional e em área profissional da saúde, baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 ASPECTOS INERENTES À GESTÃO DO CONHECIMENTO

Para melhor compreender o significado da gestão do conhecimento no contexto do presente trabalho, entendemos que se faz necessário definir, inicialmente, o que é conhecimento. Cabe distinguir conhecimento de dado e de informação. Conhecimento não é dado nem informação e nem mesmo são sinônimos. Para Davenport (1998, p.1), “dados são um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos. Os dados não revelam o porquê do evento, mas é matéria-prima essencial da

informação". Já informação são os dados que fazem a diferença, tem significado, forma e finalidade. Ainda para estes autores, uma definição funcional de conhecimento é uma mistura de experiência, valores, informação contextualizada, intuição. O conhecimento se produz nas mentes que trabalham e faz parte da complexidade e imprevisibilidade humanas e ainda o conhecimento está mais próximo da ação que os dados e as informações.

Sobre esta diferença entre informação e conhecimento, afirma Pimenta (2002),

Conhecimento não se reduz a informação. Este é um primeiro estágio daquele. Conhecer implica um segundo estágio: o de trabalhar com as informações, classificando-as, analisando-as e contextualizando-as. O terceiro estágio tem a ver com a inteligência, a consciência ou a sabedoria. Inteligência tem a ver com a arte de vincular conhecimento de maneira útil e pertinente, isto é, de produzir novas formas de progresso e desenvolvimento; consciência e sabedoria envolvem reflexão, isto é, capacidade de produzir novas formas de existência, de humanização. (2002, p.22).

A informação confere vantagens a quem a possui, senão as sociedades não se armariam contra a divulgação das informações, nem as manipulariam. O acesso à informação não se dá igualmente a todos os cidadãos.

O poder não é intrínseco àqueles que produzem o conhecimento, senão àqueles que controlam os produtores de conhecimento. Um enorme poder flui do conhecimento, mas não daqueles que o produzem. Não basta produzir o conhecimento, mas é preciso produzir as condições de produção do conhecimento. Ou seja, conhecer, significa estar consciente do poder do conhecimento para a produção da vida material, social e existencial da humanidade.

Segundo Nonaka e Takeuchi (1997), conhecimento organizacional, por sua vez, engloba a capacidade das organizações de processar e criar conhecimento. Criar conhecimento organizacional significa criá-lo, disseminá-lo na organização e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas.

A gestão do conhecimento é um processo sistemático de identificação, criação, renovação e aplicação dos conhecimentos estratégicos da organização, que permite à organização reconhecer o que ela sabe. Segundo Santos (2001), como um processo corporativo, a gestão do conhecimento está focada na estratégia da organização, nas suas competências, no capital intelectual, na aprendizagem organizacional, na inteligência empresarial e na educação corporativa. A gestão do conhecimento visa mensurar a eficiência da empresa, que retrata a prática de agregar valor à informação e depois disseminá-la.

Com efeito, a gestão do conhecimento só acontece quando a organização completa a espiral do conhecimento, um processo que transforma o conhecimento tácito e o explícito (NONAKA E TAKEUCHI, 1997).

Nonaka e Takeuchi (1997), em seu livro intitulado “Criação de Conhecimento na Empresa”, publicado originalmente em inglês, apresentam um modelo de conversão do conhecimento, conhecido mundialmente como Modelo SECI.

Considerando a interação entre, conhecimento explícito e conhecimento tácito os autores supra citados propõem quatro modos de conversão do conhecimento: (1) de conhecimento tácito em conhecimento tácito, chamado de Socialização; (2) de conhecimento tácito em conhecimento explícito, chamado de Externalização; (3) de conhecimento explícito em conhecimento explícito, denominada Combinação e (4) de conhecimento explícito em conhecimento tácito, chamado de Internalização. São exatamente as iniciais dos quatro modos de conversão de conhecimento que dão nome ao modelo SECI

Segundo Nonaka e Takeuchi (1997), a espiral do conhecimento é o processo dinâmico de criação do conhecimento organizacional ou a capacidade de uma empresa criar um novo conhecimento e agregar valores aos seus produtos, serviços e sistemas. A espiral do conhecimento mapeia as possíveis interações entre o conhecimento explícito e o conhecimento tácito. Este processo permite a realização de trocas nas atividades criativas dos seres humanos e se apresenta por quatro processos de conversão: o da *socialização*, da *externalização*, da *combinação* e da *internalização*.

A *socialização* é o processo responsável pela transformação do conhecimento tácito em conhecimento tácito, pela aquisição direta de experiências, de modelos mentais ou de habilidades técnicas compartilhadas e sem a articulação da linguagem. Caracteriza-se como processos de interação num grupo de pessoas. O processo capta conceitos embutidos em práticas e auxilia na transformação de conhecimentos em valor organizacional.

A *externalização* trabalha a transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito, por meio da articulação do conhecimento operacional em conceitual. É considerado o processo de criação do conhecimento perfeito e, mesmo almejando-se o domínio desta transformação, é o processo menos discutido pelas teorias organizacionais. Pode ser viabilizada pelo uso de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos, e da verbalização e diagramação do conhecimento

sob a forma de documentos, manuais ou histórias orais. Na externalização, o conhecimento tácito é traduzido em conceitos justificados, categorizados e contextualizados na organização.

A *combinação* é a conversão do conhecimento explícito em conhecimento explícito. Caracterizada pela sistematização de conceitos, é orientada para o processamento de informações. Possibilita aos indivíduos a realização da combinação e da troca de conhecimentos, através de documentos, reuniões, conversas ao telefone, além das redes de comunicação computadorizadas e da utilização de banco de dados. Nesta conversão os conhecimentos organizacionais são agrupados em conjuntos que possuem relação entre si. Os conjuntos são criados considerando as etapas de classificação dos conceitos, acréscimo de informações relevantes, divisão em categorias e a combinação de fatores comuns.

O quarto processo é o da *internalização* que possibilita a criação do conhecimento tácito partindo do conhecimento explícito. Está diretamente relacionado ao aprender fazendo e vinculado à aprendizagem organizacional, pois é o fim e ao mesmo tempo o início da criação do novo conhecimento. É caracterizado pelo processo de internalização do conhecimento operacional, que modifica os modelos mentais ou o know-how técnico.

Segundo Alavi (2001) o objetivo dos sistemas de gestão do conhecimento é suportar a criação, transferência e aplicação do conhecimento nas organizações. Se gestão do conhecimento é visto como um objeto, ou é equivalente ao acesso à informação, então deveria focalizar-se sobre a construção e o gerenciamento de estoques de conhecimento.

Choo (2003) entende o conhecimento organizacional como uma qualidade emergente de uma rede de processos de uso da informação, na qual ocorre a aquisição, criação, organização, distribuição e utilização da informação que precisa ser transformada em conhecimento através de aprendizado, insight e compromisso com a ação.

Além das organizações processarem e usarem a informação em três arenas: criação de significado, tomada de decisões e construção do conhecimento. Quando as três arenas usam a informação para constituir uma rede de processos que geram significado, aprendizado e ações é que o conhecimento organizacional emerge.

A gestão do conhecimento trata o capital intelectual como um recurso que deve ser administrado. No caso particular dos hospitais, Bansal (2001) coloca que o

cuidado com os pacientes é melhorado, em razão proporcional aos ativos intelectuais da organização. Logo deveria ser possível capturar as perícias táticas e experiências individuais dos trabalhadores para serem refletidas em estratégias, políticas e práticas em todos os níveis da administração do hospital e no atendimento aos clientes.

Segundo Stewart (1998), a existência de uma vertente que incentive um ambiente de compartilhamento de ideias e uma cultura organizacional que permita o livre fluxo de informações, são fatores primordiais para o favorecimento da gestão do conhecimento.

Autores como, Nonaka e Takeuchi (1997) e Von Krogh (2001), deixam claro que a organização tem um papel fundamental no processo de criação do seu conhecimento, que é o de facilitar a realização de atividades em grupo, de forma a permitir a recriação e o armazenamento do conhecimento individual. O processo de criação do conhecimento organizacional acontece com a ação de apoiar o indivíduo criativo e cultivar um ambiente adequado a sua criação. As redes de pessoas que são formados por interações sociais desenvolvem a possibilidade de emersão de novos conhecimentos.

Lima (2006), enfatiza que as organizações de saúde, e mais especificamente as organizações hospitalares, mostram-se um campo fecundo para pesquisas sob o olhar da gestão do conhecimento, uma vez que são locais além de profícios na utilização do conhecimento, também complexos devido à natureza do seu objeto de intervenção que são pessoas doentes. Neste sentido Drucker (2001) enfatiza,

Em um hospital, cada especialidade tem seu próprio corpo de conhecimentos, sua própria linguagem. Assim, o bom desempenho hospitalar ocorre quando os objetivos são nítidos, simples e comuns e se traduzem em ações específicas, assim todos os especialistas no hospital compartilham uma única missão comum: o atendimento e a cura dos doentes (2001, p. 17).

Para o âmbito desta pesquisa, compreende-se a gestão do conhecimento gerado pelo programa de Residência Multiprofissional, com ênfase no processo como uma construção social e pedagógica, embasada na especialização dos membros através de suas práticas, que adquirem significado e propósito em um ambiente de capacitação para o conhecimento.

Para um melhor entendimento, consideram-se, no escopo deste estudo, que criar e transferir conhecimento são os aspectos primordiais da gestão do conhecimento, voltados para a melhoria do desempenho das atividades. Na

abrangência desta pesquisa, gestão do conhecimento é o resultado do conhecimento que se concretiza na ação efetiva para o paciente.

Melhorar o cuidado ao paciente é diretamente proporcional ao ativo intelectual dos hospitais. Desta forma, o conhecimento tácito e a experiência de preceptores, assim como de residentes, tutores e coordenação devem ser capturados e refletidos na estratégia, nas políticas e nas práticas em todos os níveis da gestão das atividades de cuidados aos pacientes. Aqui, como já explicitado anteriormente, nos interessa a visão da preceptoria, por sua relação de ensino-aprendizagem frente aos residentes.

A aprendizagem organizacional, a gestão do conhecimento e a Residência Multiprofissional, estão intimamente ligadas à interdisciplinaridade, um construto oriundo das raízes práticas do ensino e aprendizagem. A postura interdisciplinar deve ser encarada como algo a ser exercido e compartilhado, individual e coletivamente integrando os diversos saberes envolvidos nas diversas profissões. Isso requer uma visão sistêmica, entendida como o ato de conseguir captar o todo, ser capaz de compreender que somos interdependentes e que o sucesso é obtido quando todos conseguem atingir o objetivo comum.

A gestão do conhecimento como estratégia de fortalecimento da aprendizagem organizacional é entendida, no âmbito deste trabalho de pesquisa, a partir dos seguintes indicadores: produção e apropriação do conhecimento, sistematização do conhecimento, transmissão e disseminação do conhecimento, preservação do conhecimento e adoção dos conhecimentos gerados na melhoria da assistência à saúde. Estes indicadores serão analisados a luz da Espiral do conhecimento proposto pelos autores Nonaka e Takeuchi (1997), e a sua construção através das suas fases de conversão do conhecimento: Socialização, Externalização, combinação e internalização, como explicitado anteriormente.

Os indicadores pré-estabelecidos, para efeito desta pesquisa, são entendidos da seguinte forma:

Por produção e apropriação do conhecimento compreende-se como sendo a aquisição e construção de diferentes tipos de conhecimentos, e a capacidade de converter esse conhecimento em ação.

Por sistematização do conhecimento, entende-se o ato de registrar o conhecimento, através de normas que favoreçam a organização, gerenciamento e recuperação da informação.

Disseminação e transmissão dos conhecimentos, diz respeito a todas as formas de comunicação formal ou informal que contribua no relacionamento entre as pessoas da organização e que colabore com o compartilhamento de experiências, informações e conhecimentos.

Por preservação do conhecimento, entende-se como o ato de preservar o conhecimento na instituição e este ser utilizado ao longo do tempo na melhoria de produtos, serviços e sistemas, por todos os profissionais da instituição.

Adoção dos conhecimentos na melhoria da assistência à saúde, diz respeito ao fato do conhecimento do profissional ser diretamente proporcional a melhoria da sua qualidade de assistência ao paciente da instituição.

4 A GESTÃO DO CONHECIMENTO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (HUOL)

4.1 O CONTEXTO DA PESQUISA: O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HUOL

O Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) tem como missão promover, de forma integrada, o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência, no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade; sua visão é ser reconhecido como hospital universitário de referência, identificado pela excelência, sentido humanitário e relevância social; atuar com servidores capacitados, valorizados e comprometidos com a missão; dispor de infra-estrutura adequada para a missão e gerenciamento eficaz dos processos administrativos acadêmicos e técnicos.

Neste ambiente, em que ensino, pesquisa, extensão e assistência coexistem, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, surge como uma nova proposta na formação de recursos humanos em saúde, constitui-se, como uma capacitação em serviço com base nas diretrizes definidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde e orientado pelos princípios e diretrizes do SUS. A proposta é voltada para a formação de um profissional crítico – reflexivo sobre os processos de trabalho em saúde, capacitado para entender e responder às necessidades e demandas de saúde dentro da realidade social local e regional.

4.1.1 Hospital Universitário Onofre Lopes: o cenário da formação e da atenção hospitalar

No contexto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o HUOL caracteriza-se como uma das Unidades Suplementares da UFRN, as quais, nos termos do Estatuto dessa Universidade, são aquelas que estão vinculadas à Reitoria ou aos Centros Acadêmicos que não tenham lotação própria de pessoal docente do Magistério Superior e que servem de suporte ao ensino, à pesquisa e à extensão.

Nessa condição, o HUOL – junto com o Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra (HOSPED), a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) e o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) – integra de modo importante o Complexo Hospitalar e de Saúde (CHS) dessa Universidade, criado pela Resolução nº 04, de 28 de abril de 2000, do CONSUNI, atualizada pela Resolução nº 15, de 13 de dezembro de 2002. Em nível nacional, essas unidades hospitalares compõem os 46 (quarenta e seis) hospitais de ensino do MEC.

Em sua interface com as atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão, eixo fundante de sua missão institucional, tem sido inegáveis os esforços empreendidos pelo HUOL para atender às necessidades e demandas de assistência à saúde dos pacientes do SUS, seja na atenção primária desenvolvida no anexo hospitalar da Unidade de Saúde Familiar e Comunitária (USFC), como, principalmente, na atenção terciária através de suas 29 (vinte e nove) especialidades de referência nesse nível (Buco-Maxilo-Facial, Cardiologia, Nefrologia, Cirurgias: Geral, Cardíaca, de Obesidade Mórbida, Cabeça e Pescoço, Plástica, Torácica, Vascular, dentre outras).

Na ação concreta e nesse propósito, tais esforços têm se revelado ao longo dos últimos anos através de progressivas ampliações e (re) adequações da estrutura física e operacional do hospital resultando em crescentes melhorias. Entre elas, a construção e o pleno funcionamento do Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) com a realização de exames de alta e média complexidades, da Farmácia Hospitalar, bem como, a edificação (em processo de conclusão) de 9 (nove) pavimentos que permitirão a substituição das enfermarias e dos 189 (cento e oitenta e nove) leitos hoje existentes. Mas, mais que isso, possibilitará a sua ampliação, aumentando para 300 (trezentos) o número de leitos, distribuídos entre as Clínicas, Médica, Cirúrgica, UTI, com alguns leitos destinados a pacientes coronarianos, Transplante Renal, Diálise, além de outros.

Traduzindo em números, a produção e prestação de serviços assistenciais do HUOL à população em 2010, segundo dados obtidos junto ao Sistema MV2000 (2010) do hospital, dão conta de um total de 125.098 (cento e vinte e cinco mil e noventa e oito) serviços realizados. Destes, 120.290 (cento e vinte mil duzentos e noventa) ambulatoriais e 4.808 (quatro mil oitocentos e oito) internações.

O HUOL integra o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8080/90), na qualidade de hospital de referência, sem prejuízo dos objetivos fundamentais da UFRN.

Na atenção terciária, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos cenários de maior complexidade no atendimento ao paciente crítico. Este, por sua vez, encontra-se gravemente doente, na maioria das vezes, com sua vida em risco.

Dessa forma, justifica-se a formação de uma Residência Integrada Multiprofissional com área de concentração em Terapia Intensiva, com o propósito de capacitar o profissional para atuação em uma área específica, porém com uma visão ampliada de saúde e do contexto que envolve o processo de saúde/doença, tratando o indivíduo em sua totalidade, considerando a sua individualidade e sua inserção no coletivo.

4.1.2 O contexto, o histórico e os objetivos da RMS no HUOL

Os Hospitais Universitários são importantes centros de formação de recursos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde no Brasil, e seus programas de educação permanente permitem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de saúde. Deste modo, ocupam papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. Um dos objetivos de um hospital universitário é incentivar/estimular a pesquisa, ser e oferecer campo de estudo, assim favorecer a produção de conhecimentos.

O HUOL, por sua vez, destaca-se pela alta complexidade, oferecendo serviços que envolvem desde a atividade ambulatorial a atividades complexas, como por exemplo: cirurgias cardíacas e vasculares, neurocirurgias, gastroplastias, cirurgias gerais de pequeno a grande porte, transplantes renais e hepáticos, hemodinâmica e tecnologias avançadas para exames de imagem, entre outros serviços. Para isso utiliza-se do suporte de cuidados intensivos, realizado por um setor servido de recursos tecnológicos avançados, que possibilitam uma assistência com qualidade e resolutividade. Na atenção terciária, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos cenários de maior complexidade no atendimento ao paciente crítico.

Nessa perspectiva, diante de tamanha complexidade para o cuidado é imprescindível a formação de uma equipe multiprofissional capacitada para atender o paciente em uma linha de cuidado específica, direcionado para a integralidade da

atenção, equidade e promoção da qualidade de vida, com o propósito de atender as necessidades do sistema público de saúde, o perfil loco-regional e as necessidades do mercado atual. Certamente, é de fundamental importância a participação de uma equipe multiprofissional no ambiente da UTI, pela contribuição ao relacionamento interpessoal que será capaz de proporcionar, bem como possibilitará a interação de vários saberes na intenção de uma assistência sistematizada, dinâmica e qualificada ao paciente em estado crítico de vida.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi criado pela Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Este programa é definido pela Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008, Art.1 do Ministério da Educação (MEC), como modalidade em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob forma de curso de especialização. Caracterizado por ensino em serviço, sob orientação de profissionais de elevada qualificação, com finalidade de capacitar profissional de saúde, visando à inserção qualificada de recém-graduados para atuar em sistemas e serviços públicos.

O primeiro grupo de residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto, desenvolvido no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) iniciou suas atividades em março de 2010 e hoje funciona com o envolvimento de 06 (seis) profissões: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Nutrição, Serviço Social e Psicologia, esta última não faz parte da pesquisa, pois esta profissão foi inserida no programa apenas em 2014, e não conta em seu quadro com nenhum preceptor que tenha completado todo o ciclo de avaliação com alguma turma de residente.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde está presente nos quatro Hospitais Universitários da UFRN, cada um com uma área de concentração, Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) com a área de concentração em terapia intensiva do adulto; Hospital de Pediatria Professor Heriberto F. Bezerra (HOSPED) em saúde da criança; Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) em terapia intensiva neonatal e o Hospital Ana Bezerra (HUAB) em assistência materno-infantil, com a característica de treinamento em serviço no período de 02 (dois) anos (R1 e R2), carga horária de 60 horas semanais, dedicação exclusiva, totalizando ao final do curso 5.760 horas. Para isso, o residente recebe bolsa mensal, financiada pelo Ministério da Educação.

O processo seletivo é executado pelo Núcleo Permanente de Concursos (COMPVERVE) da UFRN, a seleção dos candidatos é realizada em 02 (duas) fases: na primeira fase, de caráter eliminatório e classificatório, é aplicada uma prova objetiva e na segunda fase, de caráter classificatório, será atribuída uma pontuação baseada na análise curricular do candidato.

Em 2010, primeiro ano da residência multiprofissional em saúde na UFRN, foram ofertadas seis vagas para o HUOL para ingresso em 2011, sendo duas para enfermagem, uma para farmácia, duas para fisioterapia e uma para nutrição. No ano seguinte houve um aumento no número de vagas para a área da nutrição, aumentando de uma para duas e a inclusão de mais uma categoria profissional com mais uma vaga ofertada para a área de serviço social, totalizando oito vagas, e em 2012, para ingresso em 2013, não houve aumento no número de vagas, permanecendo um total de oito vagas. Na seleção para ingresso em 2014 houve inclusão de mais uma categoria profissional, a psicologia com aumento de mais duas vagas para esta categoria.

4.1.3 Projeto Pedagógico do Curso

A construção do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) da RMS do HUOL se deu com a participação das instituições envolvidas no contexto do SUS e dos gestores municipal e estadual, quando se definiu a área de concentração a ser trabalhada com base nas necessidades loco-regionais. O PPC prevê a participação efetiva dos residentes nas políticas públicas locais, com os conselhos de saúde, unidades de Saúde da Família e abordagem comunitária. As práticas são desenvolvidas em cenários vinculados ao Pró-saúde e sintonizados com a Política Nacional de Formação e Educação Permanente em Saúde.

O Projeto Pedagógico do Curso foi concebido com base nas diretrizes do currículo integrado, considerado como um instrumento articulador dinâmico do trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, no qual o residente atuará como sujeito participativo, criativo, crítico-reflexivo e solidário no processo de ensino-aprendizagem, no exercício de sua profissão e no trabalho em equipe multiprofissional. Acredita-se que essa ferramenta é a mais apropriada para atender aos objetivos do projeto, no que concerne à valorização do ensino-serviço, à humanização da atenção e à prática da integralidade. Nesta perspectiva, os

conteúdos que serão trabalhados nas áreas temáticas de cada programa de residência serão construídos de forma articuladas a partir de um planejamento integrado com a participação dos coordenadores, docentes, preceptores e residentes.

A avaliação, como parte do processo de ensino e aprendizagem, será processual, contínua e participativa, com base no método problematizador, utilizando-se de metodologias de avaliação nos diversos cenários de prática, através de instrumento didático previamente elaborado. As formas de avaliação são sistematizadas e os resultados são compartilhados com os envolvidos e contarão com a participação ativa do residente em todas as fases. A promoção para o ano seguinte depende do cumprimento da carga horária, da aprovação por meio dos resultados das avaliações, com nota mínima de 7,0, e a apresentação do projeto de pesquisa com o aceite da comissão de ética. Ao final do curso, o residente receberá o certificado reconhecido pelo MEC após cumprimento da carga horária total, apresentação do trabalho de pesquisa e conclusão do curso e artigo científico com carta de recebimento para publicação em revista científica.

Para avaliação do Programa foi elaborado instrumento didático para que o residente pontue diversos aspectos relacionados ao Programa de Residência, avaliando-se desde o cenário de prática, preceptoria, instalações, coordenação, integração e interação com os diversos cenários e profissionais. Esse instrumento é preenchido mensalmente, com espaço para sugestões, destaque dos pontos positivos e negativos. Ao final de cada semestre, deve ser realizada reunião com tutores e preceptores para apresentação dos dados obtidos com o instrumento, bem como avaliação dos preceptores e tutores quanto ao desenvolvimento do programa.

Segundo o PPC, dentre algumas das características dos egressos da RMS da área de concentração adulto estão: identificar-se como integrante de uma equipe interdisciplinar com vista ao cuidado integral, co-responsabilizando-se pela assistência global ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS); ser capaz de constituir equipes de referência no Sistema de Saúde no cuidado ao paciente crítico; compartilhar saberes e práticas, que permitam a construção de competências para consolidação do processo de trabalho em equipe; conhecer e intervir no cuidado ao paciente crítico; desenvolver ações sistematizadas direcionadas ao indivíduo hospitalizado, inserido em um contexto grave de doença, sendo capaz de lidar com a alta complexidade e tecnologia avançada.

4.1.4 Estrutura e funções

O residente é um profissional em formação e cabe ao preceptor fazer a interlocução entre os espaços de aprendizagem, sendo um profissional de referência para o residente.

Segundo as Diretrizes Gerais da Residência Multiprofissional em Saúde, os preceptores exercem função administrativa e são responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades relativas ao campo e ao núcleo, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços com que estabelecerão relação durante o desenvolvimento da residência.

A função do preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista, este deverá ser necessariamente da mesma área profissional do residente sobre a sua supervisão, este deverá estar presente no cenário de prática, facilitando a integração do residente, com a equipe de saúde, usuários, residentes de outros programas, bem como estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática, além de participar junto com o residente e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integram ensino e serviço para qualificação do SUS.

O coordenador, dentre outras, tem como atribuição, promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação. Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PPC.

A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.

4.1.5 Inserção dos Residentes no processo de trabalho

O tempo total de duração da residência é de dois anos, contemplando sessenta horas semanais, sendo 80% da carga horária dedicada à formação em serviço e 20% às atividades de reflexão teórica.

Em termos didáticos, o programa pode ser dividido. Num primeiro momento há vivências mais curtas e gerais dos diversos ambientes hospitalares. No intuito de promover a experiência da integralidade da atenção à saúde, o projeto promove um período de estágio no nível primário da atenção, em que os residentes podem visualizar a instituição de uma forma geral e o funcionamento de diversos setores distribuídos nos cenários de prática próprios, desta forma, os rodízios nas mesmas, durante o primeiro ano de residência, são realizados em setores importantes como: Medicina Comunitária (Unidade de Saúde Básica vinculada ao Hospital Universitário), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (trabalha com o perfil de morbimortalidade, intervenção direta as doenças de notificação, educação da população, vigilância, entre outros), Enfermarias Clínicas (assistência ao paciente acometido por patologias de tratamento clínico envolvendo as mais diversas clínicas, como: pneumologia, gastrologia, nefrologia, cardiologia, neurologia, reumatologia e vascular), Ambulatório de Ostomias (assistência ambulatorial aos pacientes portadores de ostomias), Enfermarias Cirúrgicas (assistência aos pacientes internados para tratamento cirúrgico), Ambulatórios (assistência em fisioterapia, nutrição e de enfermagem nos serviços de: diabetes, gastroplastias, afecções respiratórias e cardiovasculares).

O segundo ano, no qual o residente dá ênfase na sua formação, ele ficará de forma mais intensa na Unidade de Terapia Intensiva prestando assistência ao paciente crítico.

4.2 A PRECEPTORIA: FUNÇÃO E PERfil

4.2.1 Vivências e aprendizagens como preceptora

Atuo como enfermeira, servidora da UFRN, lotada no Hospital Universitário Onofre Lopes no setor de internação da clínica médica, desde 2003. Por ser um Hospital Escola sempre estive em contato com alunos da área de enfermagem sejam eles de nível técnico ou graduação. A nossa função, além de ser enfermeira

assistencial responsável por setores, equipes de técnicos de enfermagem e pacientes, temos que conciliar esta função com a de orientador, preceptor, supervisor e professor de diversos alunos que estão sob a nossa responsabilidade, passando para eles conhecimentos vinculados à prática dentro de um cenário real.

Temos, tanto eu como todos os outros enfermeiros desta instituição, que atingir esses objetivos, com a obrigação de manter a integridade física dos pacientes. Constitui-se então, pela frente uma complexa tarefa, ensinar a prática aos alunos que estão chegando das escolas com a teoria, a partir de uma experiência em pacientes reais.

Em 2011, com o início da Residência Multiprofissional em Saúde, nos deparamos com outro tipo de “aluno”, que não é aluno como os enfermeiros que estão na graduação, mas, são profissionais formados, porém, como é diretriz do programa, trabalhamos com a inserção qualificada de profissionais da saúde, preferencialmente recém-formados, no mercado de trabalho.

A experiência de estar continuamente com alunos nos obriga à atualização permanente, não apenas para ensinar, mas para trocar com eles informações, técnicas e atualizações da área. Eles nos dão muitas informações teóricas novas e nós os apresentamos a realidade com a prática. Nós, preceptores, devemos estar abertos à reflexão, pois os residentes, ao contrário dos outros formatos de alunos que acompanhamos, questionam as práticas do dia a dia, sugerindo alternativas e tensionando mudanças nos processos já realizados nos locais de trabalho.

O preceptor tem que gostar do ensino, tem que estar disponível para as demandas dos residentes, discutirem as práticas rotineiras e tradicionais de atenção aos pacientes. Isto exige rever conceitos e paradigmas, impondo uma reflexão permanente sobre a sua própria conduta, tendo que se preocupar em explicar os fundamentos da ação.

Durante a minha vivência com os residentes, não muito diferente da supervisão de graduandos em enfermagem, já que neste período da residência a proposta da multiprofissionalidade não se faz presente de forma explícita, a atividade prática fica restrita à preceptoria do residente de enfermagem.

Neste período, trabalhamos diferentes atividades, como o reconhecimento da unidade, sua área de abrangência, tipo de paciente, área de atuação, estímulo à interação entre os profissionais da equipe. Realizamos a assistência direta ao paciente na realização do gerenciamento das atividades do paciente, priorização do

atendimento, encaminhamentos. Atendendo à demanda teórica, tem a organização de estudo de caso com a responsabilidade de ser ministrada pelos residentes para os demais residentes do programa, preceptores e tutores, além de profissionais da instituição.

Neste ponto, nos defrontamos com uma dificuldade na perda de oportunidade de um maior aprendizado por parte da equipe da instituição, já que no momento das discussões teóricas, apesar de haver interesse dos profissionais e da equipe também, este ponto importante não está sendo preenchido pela questão de falta de profissional e demanda excessiva de atividades, que como profissionais da instituição não podemos deixar de priorizar.

Apesar da minha convivência direta com os residentes ter sido curta apenas durante o ano de 2011, já que minha lotação não é na UTI, que é a sua área de ênfase de atuação, estive com eles no setor de internação, mas logo fui remanejada para o plantão noturno. A partir deste momento, o meu contato com eles permaneceram nas trocas de horário e passagem de plantão, porém as mudanças que porventura aconteçam no setor durante o dia relacionado ou por interferência dos residentes de enfermagem pode ser sentidas em todos os horários, como já pode ser percebida nas evoluções de enfermagem mais completas, exame físico de pacientes detalhados e intervenções realizadas com embasamento teórico mais atualizado.

4.2.2 A função da preceptoria

As profissões da área da saúde possuem o cuidado como uma de suas atribuições. O cuidado encerra muito do educar. Esse educar deve ser compreendido para além da esfera dos conhecimentos entendidos apenas como disciplinas científicas ou escolares (matemática, biologia, língua portuguesa etc.). “É importante considerar que educar diz respeito a estimular o raciocínio, o senso crítico e a curiosidade, assim como a desenvolver valores e contribuir para o exercício da cidadania” (MOHR, 2011, p.54).

A incorporação do residente multiprofissional às equipes de saúde surgiu como uma opção de profissionais com uma nova visão na saúde pública, através da formação de uma equipe multiprofissional, nos hospitais de ensino voltados para a assistência integral do usuário. Para esse novo profissional, espera-se que possa prestar um cuidado integral, aprender a trabalhar em equipe, buscar novas

alternativas e assumir responsabilidades com o serviço de saúde no qual está inserido. No que diz respeito a relação preceptor X residente, Ribeiro (2013) faz algumas considerações:

Os programas de residência em saúde consistem em formação *latu sensu* fundamentados na educação no trabalho e o processo de ensino-aprendizagem acontece no serviço, articulando teoria e prática. Nesse contexto, o preceptor (profissional da prática) e o residente (profissional em formação) compartilham o ensinar e aprender, a partir da troca de experiências, reflexões sobre a prática e (re)construção do conhecimento em cenários reais da atenção à saúde. (2013, p.162)

Segundo Barros (2010, p.28), os preceptores têm um papel fundamental no processo da residência como um todo, são profissionais que, com sensibilidade, habilidade, conhecimento, capacidade de diálogo, capacidade de reflexão, paciência e experiência, são desafiados diariamente a cumprir o seu papel de mediador em um processo de formação em serviço.

Desta forma, o preceptor é aquele profissional que ensina, compartilhando experiências, no sentido de melhorar as competências e de ajudar o residente a se adaptar ao exercício da profissão.

O preceptor participa da formação em saúde, articulando o mundo do trabalho com o mundo do ensino, como um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem do programa de residência, ele necessita ter conhecimentos que vão além dos saberes sobre a prática. “Ao exercício da preceptoria, o profissional precisa ter domínio não somente do conhecimento clínico, mas ser capaz de transformar a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Para isso, o preceptor precisa de conhecimento pedagógico” (RIBEIRO, 2013 p.162).

Ter conhecimento, habilidade em criar e improvisar, sensibilidade e muito bom senso, devem ser atribuições do preceptor, porque muitas vezes os residentes questionam a sua prática, desacomodando processos há muito instituídos, tornando necessária uma reflexão da sua atuação. A residência instiga a busca de atualização teórica, para dar conta da demanda que os residentes trazem (BARROS, 2010 p.27).

Como um agente educacional, do preceptor são exigidos competências e habilidades para o ensino, entendido não apenas como transmissão de conhecimento. Sobre isto atesta Ribeiro (2013):

Ensinar é um ato que vai além da transmissão do conhecimento e demanda interação com o estudante na construção do aprendizado. Requer segurança,

competência profissional, generosidade, comprometimento, consciência, liberdade, saber escutar, compreender que a educação é um modo de intervir no mundo, tomada de decisão, disponibilidade para o diálogo e, acima de tudo, o querer bem aos educandos (2013, p.163)

O preceptor precisa ser um protagonista, visto que compartilha a responsabilidade da formação do residente, e nesse contexto a fundamentação científica e pedagógica são imprescindíveis para que possa aplicar no espaço do trabalho, seus saberes, transformando, assim, o ambiente do cuidado em verdadeiro espaço de múltiplas aprendizagens, promovendo a construção/reconstrução do conhecimento (RIBEIRO, 2013 p.164).

4.2.2 O perfil dos preceptores entrevistados

A partir das entrevistas realizadas com os doze preceptores encontramos um perfil relacionado as variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, sexo, grau de instrução, renda familiar, formação acadêmica, setor de lotação, tempo de exercício profissional e tempo de atuação na preceptoria da residência multiprofissional).

Em relação à idade, pode-se observar maior frequência de pessoas adultas com idade entre 30 e 45 anos (seis preceptores), seguidas de pessoas com mais de 45 anos (cinco preceptores), apenas um preceptor possui idade até 30 anos.

Sendo estes preceptores servidores públicos, esses dados confirmam a tendência apresentada pelo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2012, p.108), que afirma que, aproximadamente, 83% dos servidores públicos estão compreendidos nas faixas etárias entre 30 e 64 anos. Outra mudança em termos etários registrada no período, ainda segundo o DIEESE, foi a diminuição relativa da faixa etária de servidores entre 30 e 39 anos, que passou de 33,0%, no início da década, para 27,5%. Essa redução foi acompanhada pelo crescimento da proporção de servidores com idade entre 50 e 64 anos, que passou de 17,4% para 23,6%, expressando progressivo envelhecimento dos trabalhadores do setor público.

Do ponto de vista de gênero, o sexo feminino é maioria absoluta entre os entrevistados (onze preceptores), o sexo masculino é representado por um preceptor. Esses dados confirmam dados do DIEESE (2012, p. 223), que demonstra a presença feminina no setor de serviços ser mais forte em funções historicamente atribuídas às mulheres. Por essa característica, a presença feminina é mais frequente no setor de

serviços pessoais - alimentação, educação e saúde. Além do mais, registra-se o fato da pesquisa ter entre os preceptores profissões que historicamente tem o gênero feminino como prioritário, como enfermagem e serviço social.

Quanto à formação acadêmica, pelo quantitativo de preceptores da área da enfermagem ser maior em número que os preceptores das outras categorias, para efeito destas entrevistas o percentual de entrevistados quanto a área profissional está disposto da seguinte forma: 04 Preceptores da área de Enfermagem, 02 Preceptores da área de Fisioterapia, 02 preceptores da área de Farmácia, 02 Preceptores da área de nutrição, 02 Preceptores da área de Serviço Social.

Em relação ao grau de instrução, as informações demonstram um perfil de alta qualificação, todos tem titulação mínima de especialista, além de dois destes possuírem titulação de mestre. Esta condição é obrigatória para a preceptoria, que exige titulação mínima de especialista, na tentativa de garantir profissionais qualificados para fazer frente a esta função.

Quanto à renda familiar, apesar da preceptoria não agregar valores a renda mensal destes, 10 dos entrevistados tem renda entre 7 e 10 salários mínimos, enquanto que dois tem renda familiar entre 3 e 6 salários mínimos. Tem-se assim profissionais com remuneração acima da média nacional, dado este confirmado pelo censo demográfico do IBGE (2000-2010), que relata que os funcionários públicos têm salários acima da média brasileira, segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A maior parte dos trabalhadores no país, de acordo com a última Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), segundo dados do IBGE (2010), ganham R\$ 1.742 por mês, em média. Trabalhando para o governo, o valor médio do salário sobe para aproximadamente R\$ 2.458, o que representa 41,1% a mais. Funcionários das áreas da saúde, da educação, de serviços sociais, da defesa e segurança social tiveram rendimento médio de R\$ 2.391, em maio de 2010.

Em relação ao setor de lotação dos entrevistados na instituição, três estão lotados na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), enquanto os outros nove estão lotados em outros setores da instituição, distribuídos entre internação clínica e cirúrgica, hemodiálise, divisão de serviço social, divisão de farmácia, divisão de fisioterapia e nutrição clínica.

Em relação ao tempo de exercício profissional, sete dos sujeitos entrevistados tem mais de 11 anos de exercício profissional, seguido dos sujeitos que tem entre 7 e 10

anos que são três enquanto, apenas um tem até 2 anos de exercício profissional, deixando claro que os sujeitos entrevistados já têm uma longa experiência profissional.

O tempo de atuação na preceptoria dos entrevistados, na sua maioria, tem o mesmo tempo da residência multiprofissional na instituição, ou seja, 11 dos entrevistados tem entre 3 e 4 anos, e apenas um tem entre 1 e 2 anos de atuação.

Estes dados demonstram um perfil de preceptores adultos com idade superior a 30 anos e do sexo feminino. Demonstra, também, a alta qualificação destes, já que todos tem titulação mínima de especialista, além de uma renda familiar acima da média nacional, entre 7 e 10 salários mínimos.

Estes sujeitos estão lotados em diversos setores da instituição, alguns em setores fechados, como UTI e Hemodiálise, enquanto outros estão lotados na internação clínica e cirúrgica, alguns profissionais não sem setor fixo, e percorrem diversos setores e estão designados como profissional da divisão das referidas profissões.

Na informação que demonstra o tempo de exercício profissional, evidencia-se profissionais com muitos anos de prática profissional, condição imprescindível para um preceptor, que tem dentre as suas funções passar para o residente toda essa sua experiência, em contra partida estes profissionais já concluíram a graduação há muito tempo, esta condição implica na necessidade destes estarem em contínuo processo de aprendizagem e atualização.

4.3 A “ESPIRAL DO CONHECIMENTO” NA VISÃO DA PRECEPTORIA: NEXOS E RUPTURAS

Apresentamos, a seguir, a partir das entrevistas realizadas a visão dos preceptores acerca da espiral do conhecimento, nos termos propostos por Nonaka e Takeuchi (1997), enfatizando os nexos e as rupturas neste processo. Utilizamos os indicadores descritos anteriormente: produção e apropriação do conhecimento, sistematização do conhecimento, disseminação do conhecimento, preservação do conhecimento e adoção dos conhecimentos na melhoria da assistência à saúde.

4.3.1 Produção e apropriação do conhecimento.

Transformar o volume crescente de informação em conhecimento é um grande desafio. O novo conhecimento gerado permite o desenvolvimento ou o

aperfeiçoamento de novas habilidades e capacidades. Tratamos, inicialmente, de verificar o processo de produção e apropriação do conhecimento.

No ambiente interno da instituição, a criação de novos conhecimentos deve ocorrer a partir de um processo interativo entre os membros da organização via comunicação formal e informal. Além de informações e conhecimentos que envolvem o meio interno e externo, através de atualização e da educação permanente.

No processo de produção e apropriação do conhecimento, o intercâmbio e a análise das informações favorece a aprendizagem. Para efeito desta pesquisa, o espaço da aprendizagem foi deslocado para o ambiente de serviço, considerado também como fonte de conhecimento. Segundo Albagli (2004, p.10), “O aprendizado, não se limita a ter acesso a informações; consiste na aquisição e construção de diferentes tipos de conhecimentos, competências e habilidades”. Segundo este autor supracitado,

A capacidade de gerar, de adaptar/recontextualizar e de aplicar conhecimentos, de acordo com as necessidades e especificidades de cada organização, é, portanto, central. Desse modo, tão importante quanto a capacidade de produzir novo conhecimento é a capacidade de processar e recriar conhecimento, por meio de processos de aprendizado; e, mais ainda, a capacidade de converter esse conhecimento em ação, ou, mais especificamente, em inovação (2004 p.10)

Durante a categorização e análise dos dados provenientes das entrevistas realizadas, no que se refere ao indicador produção e apropriação do conhecimento os termos “atualização” e/ou “troca de conhecimentos” se repetem nas falas de todos os entrevistados no sentido da preceptoria estimular a manter-se atualizadas, através de estudos teóricos como forma de produção do conhecimento. A troca de informações com os residentes no ato da preceptoria, também foi mencionada como forma de produção do conhecimento. Vejamos as falas dos preceptores.

“(...)A gente sempre está buscando novos conhecimentos, então a medida que eu preciso ensinar ao residente eu também preciso estudar antes, para passar para ele, por que eu não posso estar transmitindo conhecimento sem que esse conhecimento seja respaldado cientificamente.” (E6)

“(...)Tem residentes que fazem discussão de texto, então você tem que estar sempre atualizado, é muito bom neste sentido de atualização.” (E7)

Quando tratamos da atualização como forma de produção de conhecimento, podemos identificar através destes dados a educação permanente funcionando na forma de atualização. Neste formato, os preceptores se veem estimulados a estar em

processo de contínuo aprendizado. Sustenta esse dado a definição de Girade (2006, p.107) que aponta para a educação permanente podendo ser definida como um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, e tendo como finalidade a análise e o aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos, para enfrentarem a evolução tecnológica, as necessidades sociais e atenderem aos objetivos e metas da instituição a que pertencem”.

No que se refere à troca de conhecimentos, esta forma de produção do conhecimento é legitimada na relação preceptor x residente, em que o residente vem com a teoria e o preceptor com a prática; ou seja, neste tensionamento do confronto teoria x prática, todos ensinam e todos aprendem, conforme atesta a entrevista a seguir:

“(...)Há sempre uma troca, é um conhecimento que você compartilha e também adquire, a gente aprende muito com os alunos diariamente, não temos dúvida” (E8)

Oliveira (2000, p.178) sugere a importância do compartilhamento de nossos saberes, ou seja, não podemos apenas fazer o reconhecimento do outro enquanto produtor de conhecimento.

Desta forma, tem-se um dos formatos de conversão do conhecimento, denominado pelos autores Nonaka e Takeuchi (2007) como socialização, que tem como objetivo criar e compartilhar conhecimento tácito através da interação entre as pessoas, ocorrendo a conversão do conhecimento tácito para o tácito, nesse modo, a interação é de indivíduo para indivíduo.

Sendo assim, os preceptores reconhecem como forma de produção do conhecimento a atualização através do estudo teórico que esta função os estimula a procurar, além, da troca com o residente que se origina do confronto teoria x prática, que acontece no dia-a-dia, nestes momentos a informação se transforma em conhecimento e este em novas habilidades.

4.3.2 Sistematização do conhecimento

A produção do conhecimento é a etapa inicial, e para a construção do conhecimento organizacional este necessita percorrer um caminho onde o próximo estágio seria a sistematização.

A sistematização do conhecimento construído está totalmente relacionada com a Gestão do Conhecimento, uma vez que, uma das formas de explicitá-lo é através de normas, manuais e procedimentos, tornando-se possível a codificação deste conhecimento.

Apesar de não ser possível colocar todo o conhecimento e experiência em forma de registro, este serve como um roteiro para o aprendizado do trabalho, buscando transformar o conhecimento tácito no explícito.

Sistemas para organização do conhecimento incluem a variedade de esquemas que organizam, gerenciam e recuperam a informação. “Existem desde os tempos remotos e estão presentes em todas as áreas do conhecimento humano, de modo simples aos mais complexos” (TRISTÃO, 2004 p.161)

Quando se trata do indicador sistematização do conhecimento, a grande maioria dos entrevistados refere não utilizar qualquer tipo de ferramenta escrita que sistematize as novas aprendizagens, conforme podemos constatar nos fragmentos das entrevistas a seguir:

“(...)Não tenho nada padronizado ou sistematizado” (E3)

“(...)Não costumo sistematizar ou escrever essas aprendizagens” (E5)

No entanto, segundo as falas de alguns dos entrevistados, apesar de não sistematizarem com registro escrito, fazem uso desses conhecimentos para a melhoria da prática profissional do dia-a-dia.

“(...)utilizo as aprendizagens no dia-a-dia, não tenho a prática de escrevê-las.” (E3)

“(...)minha preceptoria acontece no dia-a-dia, com os problemas e situações que vão acontecendo...” (E5)

“(...)no dia-a-dia a gente vai colocando os novos conhecimentos em prática, então essas novas aprendizagens vão sendo agregadas, melhorando o serviço, vamos refazendo, e com os residentes a gente tem essa oportunidade, tanto a gente oriente, a como ensina, e aprende.” (E12)

Mesmo sendo a minoria dos preceptores entrevistados, alguns já conseguem visualizar a importância do registro das aprendizagens e já conseguem colocar esta prática em ação.

“(...)a partir do momento que a gente reflete, que a gente está escrevendo, está reelaborando, está vendo o que pode ser melhorado [...] eu já tinha uma postura de ir vendo, discutindo, refletindo a profissão, a saúde, isso tudo

continuou, só fez aumentar esta busca por conhecimento e atualização.” (E11)

“(...)Eu procuro escrever, o que fazer e como fazer, qual a melhor forma que eu desenvolvi com os meus conhecimentos determinada prática, para que no momento que eu me ausentar da instituição, mesmo que temporariamente outro colega possa me substituir, sem prejuízo para o serviço, utilizando a mesma técnica a mesma dinâmica.” (E6)

A prática da transformação de conhecimentos e aprendizagens em informações e dados registrados constroem as interações entre o conhecimento tácito (habilidades inerentes a uma pessoa, sistema de ideias, percepção e experiência) e o conhecimento explícito (conhecimento relativamente fácil de codificar, transferir e reutilizar; formalizado em textos, gráficos, tabelas, figuras, desenhos, esquemas ou diagramas).

Neste momento percebe-se a ocorrência da conversão, denominada pelos autores Nonaka e Takeuchi (1997), como externalização, que trabalha a articulação do conhecimento operacional em conceitual, nesse modo de conversão o conhecimento passa do indivíduo para o grupo.

Percebe-se na análise deste indicador uma tendência muito tímida na sistematização das aprendizagens, por parte dos preceptores da residência multiprofissional que ainda não fazem do registro escrito uma prática cotidiana. Em relação a conversão do conhecimento, afirma Gonçalves (2009):

Apesar de difícil, sempre se deve tentar converter o conhecimento tácito em explícito, pois essa é a única forma do conhecimento não se perder. Apesar das pessoas pertencerem à organização, as mesmas não são a própria organização. Portanto, a perda de um membro da equipe pode significar a extinção de um conhecimento específico e de experiências adquiridas durante a realização de atividades. E é esse um dos focos da Gestão do Conhecimento (2009, p.34).

Nesse contexto, Tristão (2004, p. 162) ressalta a dimensão cíclica da organização do conhecimento registrado sob a perspectiva de geração de novo conhecimento que, uma vez registrado, transforma-se em informação. O conhecimento, quando registrado e divulgado, passa a ser informação, reiniciando sempre um círculo contínuo.

Neste indicador, quando perguntado aos preceptores a respeito da sistematização do conhecimento produzido, todos se referiram a prática ou não do registro escrito destas, sendo perceptível que este registro ainda não é uma realidade

para a maioria, porém este conhecimento não se perde, ele é utilizado na melhoria da prática profissional, esta condição reflete uma melhoria também no ato da preceptoria.

4.3.3 Disseminação e transmissão do conhecimento

Ainda percorrendo o caminho realizado pelo conhecimento, após a sua produção e posterior sistematização o estágio seguinte se volta para a disseminação, ou seja, ele é produzido e sistematizado pelo indivíduo e, após, deverá ser transmitido e disseminado entre estes.

No contexto organizacional, a comunicação da informação abrange todas as formas de comunicação formal ou informal usadas nas organizações nos processos de comunicação para contribuir no relacionamento e na interação entre os seus indivíduos.

Sendo assim, para poder ser compartilhado entre as pessoas da organização, o conhecimento tácito necessita ser convertido em conhecimento explícito e o conhecimento explícito também tem de ser convertido em conhecimento tácito. Essas conversões são as responsáveis pela criação do conhecimento organizacional que por sua vez é responsável pelo processo de aprendizagem organizacional, o qual os participantes da organização compartilham experiências, informações e conhecimento (GONÇALVES, 2009 p. 32).

Reconhecido como fator de dificuldade, que se concretiza, na informalidade na transmissão do conhecimento entre preceptores, geralmente, em conversas informais e de forma oral, evidenciando a falta de padronização ou sistematização deste contato, o que favorece a permanência do conhecimento no setor onde foi produzido.

“(...) Há sim disseminação do conhecimento, mas, não de forma padronizada, na minha visão esse conhecimento circula, mas, de modo informal ainda.” (E4)

“(...)No meu ponto de vista ele fica muito restrito na UTI, que é onde os residentes se fixam mais, nos andares da internação, muito pouco.” (E10)

O reduzido número de recursos humanos, tanto na Residência Multiprofissional como na instituição em si, foi outro ponto citado, como fator de sobrecarga dos preceptores que acumulam funções, dificultando esse contato com outros preceptores e profissionais da instituição, já que tem grande dificuldade em sair do seu setor de lotação, restringindo assim a circulação de conhecimento.

“(...) A maioria dos profissionais eles não tem tempo estão muito sobrecarregados na assistência, então por mais vontade que a gente tenha de disseminar a gente não tem adesão dos profissionais de outros setores, porque a gente quer ir, tem vontade, sente a necessidade de aprender e de passar conhecimento, mas você não consegue sair do seu setor, você não consegue parar de trabalhar.” (E9)

No que se refere ao indicador disseminação e transmissão do conhecimento, observou-se que os entrevistados se detiveram na maior parte do tempo em demonstrar os entraves deste processo. Ainda neste quesito, cabe registrar que a dificuldade mais citada foi o reduzido contato entre os preceptores, principalmente de profissões diferentes, levando este contato multiprofissional a ser considerado mínimo e em construção para alguns dos entrevistados.

“(...) A relação com outros preceptores fica restrito a conversas informais [...] isso para mim é uma deficiência do programa, deveria realmente ter encontros para os preceptores para o repasse de informações, novidades, conhecimentos” (E3)

Esta disseminação em formato explícito ainda não é uma realidade, não existem registros escritos ou em formato eletrônico circulando na instituição de forma padronizada no que se refere à Residência Multiprofissional.

Apesar de a maioria ter se detido em relatar dificuldades, alguns conseguem visualizar possibilidades quanto a melhoria desta transmissão do conhecimento. Alguns entrevistados citam o contato multiprofissional, ainda que tímido e informal, como um fator que favorece a troca de conhecimentos.

“(...) O fato de ser uma residência multiprofissional com certeza favorece muito a relação de contato com as outras categorias profissionais, até com a residência médica ficou um pouco mais fácil esta relação, passamos a ter mais contato com outras profissões na hora de solucionar problemas relacionados ao paciente” (E3)

“(...)A gente fez um projeto na UTI multiprofissional, que tinha a intervenção das profissões para o acolhimento aos visitantes de pacientes em UTI, nutrição, enfermagem fisioterapia e serviço social” (E11)

A divulgação de conhecimento e aprendizagens para além da instituição por meio de artigos científicos e congressos, apresenta, na visão dos preceptores um caráter muito pontual. Foi evidenciado que apenas os preceptores que tem o título de mestre utilizam esta ferramenta.

“(...) Eu sempre procuro coletar informações sobre a residência, insisto para que estes trabalhos sejam divulgados, até para que outros serviços conheçam o nosso trabalho, reconheça ele como importante e passe a aplicá-lo em outras instituições” (E6)

A discussão de caso clínico em formato multiprofissional envolvendo residentes e preceptores, é citado como um momento importante da transmissão e disseminação do conhecimento gerado pelo programa.

“(...) Há uma troca de conhecimento durante os estudos de caso que os residentes apresentam os resultados, e neste momento alguns preceptores também estão presentes” (E11)

Essa disseminação do conhecimento é legitimada, nos estudos de Silva (2002, p. 143) que descreve o compartilhamento de informação como o repasse às pessoas, ou a obtenção delas de algum conjunto de dados. Já compartilhar conhecimento, é algo fundamentalmente diferente e ocorre quando as pessoas estão genuinamente interessadas em ajudar umas às outras a desenvolver novas capacitações para a ação e em criar processos de aprendizagem. Ainda sobre o compartilhamento do conhecimento, Tonet (2006), diz:

As organizações devem ocupar-se com o compartilhamento de conhecimento, seja ele explícito ou tácito [...] é bom lembrar que estamos falando de um contexto em que o conhecimento diferente e inovador pode agregar valor ao trabalho realizado pelo indivíduo; sendo assim, potencialmente todo indivíduo poderá melhorar o processo e os resultados do seu trabalho na medida em que possa incorporar ao que faz as aprendizagens obtidas nas mais diversas situações de sua vida pessoal (2006, p. 92).

A situação que é revelada indica que esta transmissão e disseminação do conhecimento gerado, sob o olhar da preceptoria, está relacionada à transmissão de indivíduo para indivíduo, e este foi considerado ainda em construção, sendo considerado ainda um desafio para o programa. O contato multiprofissional entre preceptores é raro, perdendo assim muitas oportunidades de trocas, ainda que estas acontecem no dia-a-dia, em conversas informais.

A integração entre os diferentes núcleos de conhecimentos das profissões, não acontece por decreto ou norma. A integração é construída na dependência da proximidade, da amizade e do interesse no conhecimento do outro.

Apesar do pouco contato multiprofissional, ainda assim quando este acontece, nas discussões de casos clínicos ou em projetos multiprofissionais, estes se mostram um momento importante de transmissão de conhecimento.

4.3.4 Preservação do conhecimento

No indicador que trata da preservação do conhecimento na instituição, para efeito desta pesquisa nos deteremos na definição de Nonaka e Takeuchi (1997), que o define como a utilização do conhecimento gerado na melhoria de produtos, serviços e sistemas.

Quase a totalidade dos entrevistados quando perguntados sobre a preservação dos novos conhecimentos na instituição citam este funcionando na atualização e/ou inclusão de novas práticas aos protocolos dos setores da instituição, já que cada setor utiliza protocolos específicos sejam eles clínicos ou de organização do serviço.

Werneck (2009, p.31) define protocolos como sendo rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. Quanto à natureza podem ser clínicos e/ou de organização do serviço. “Os protocolos são instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados ou diante da necessidade de se organizar melhor as ações”. Sobre isto, afirma Pereira (2007):

Os protocolos representam uma sequência ótima de procedimentos, efetuados no tempo certo, executados por profissionais de saúde para um determinado diagnóstico ou procedimento (2007 p. 4).

Algumas falas dos entrevistados confirmam esta análise; que valoriza a importância dos protocolos como a forma mais visível de preservação e utilização dos novos conhecimentos gerados pelos profissionais da instituição.

“(...)Temos exemplos práticos no setor de padronizações novas que foram geradas a partir do programa” (E3)

“(...)A preservação do conhecimento acontece principalmente através dos protocolos que hoje nos baseamos muito mais neles, pelo envolvimento da residência em atualizá-los...” (E4)

“(...)Eu considero alguns pontos positivos que a residência deixa, como: mudança na dinâmica do setor do setor, a instituição de formulários, de novos serviços...” (E6)

“(...)Alguns protocolos, organização de material, indicação de tipo de assistência que antes estava meio solto hoje segue um protocolo, esse foi um ganho trazido pelo programa de residência.” (E7)

“(...)cada turma deixa algum legado para a melhoria do serviço” (E8)

Nesta fase, observa-se mais um formato de conversão do conhecimento que os autores Nonaka e Takeuchi (1997) chamam de combinação, que tem como objetivo sistematizar o conhecimento explícito, ocorrendo a conversão do conhecimento explícito para explícito. Nesse caso o conhecimento passa do grupo para a organização, ou seja, sai do programa e vai para os protocolos da instituição.

Porém, para alguns dos entrevistados, ainda existe uma deficiência na preservação deste conhecimento, estes ainda não visualizam o legado em termos de novas práticas, ou mudança que levem a melhoria do serviço na instituição.

Estes relatam que esta deficiência deriva principalmente da inviabilidade de algumas sugestões de mudança de protocolo e/ou pelo motivo de grande parte destas contribuições ficarem mais restritas a Unidade de terapia Intensiva;

“(...)Aqui no setor, por ser uma área muito específica ainda não foi incluído nenhuma nova rotina, já ouve algumas sugestões de inclusão no protocolo do setor, mas não eram viáveis” (E5)

“(...)Eu acho que as inovações ficam muito restritas a UTI, nos andares de internação não chegam as contribuições visíveis.” (E10)

Desta forma, a maioria dos preceptores, percebem que o Programa de Residência Multiprofissional tem deixado legados importantes no formato de protocolos, sejam estes como atualização ou na inclusão de novas práticas. Sendo assim, esta preservação vai além do programa, já que profissionais que não estão ligados a ele também se beneficiam deste conhecimento, fazendo uso destes protocolos.

Apesar destes protocolos ficarem restritos ao setor em que são utilizados esta preservação está acontecendo, ainda que não seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição, isto já é uma realidade, um legado que está sendo construído pela Residência Multiprofissional.

4.3.5 Adoção dos conhecimentos na melhoria da assistência à saúde

Este indicador que trata da adoção dos conhecimentos gerados pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde na melhoria da assistência à saúde, tem o foco no paciente da instituição em estudo, em como o conhecimento do profissional de

saúde pode ser proporcional a melhoria da assistência prestada por ele, assim, os preceptores entrevistados neste indicador levaram o seu olhar além da preceptoria, mas também, como profissional de saúde da instituição

Segundo Kurcgant (2006, p. 90) “toda instituição de saúde cuja missão essencial é assistir o ser humano, preocupa-se com a melhoria constante do atendimento”. Colauto (2003) estabelece uma relação estreita entre a gestão do conhecimento e a melhoria da atenção à saúde. Segundo este autor:

Acredita-se que a gestão do conhecimento em instituições hospitalares, ao criar um espectro sinérgico de compartilhamento do conhecimento, efetivamente beneficia a redução do tempo de ciclo dos serviços, diminui os custos, gera mais retorno dos investimentos, melhora a satisfação dos pacientes e incentiva o aprendizado contínuo dos profissionais de saúde para a prestação de serviços com mais excelência. (2003, p. 170)

Em relação aos preceptores pesquisados, foram observadas percepções distintas em relação ao indicador adoção dos conhecimentos gerados pelo programa de Residência Multiprofissional na melhoria da assistência à saúde em seu cotidiano de trabalho. Foram destacados aspectos positivos, frequentemente relacionados com o aumento no nível de conhecimento dos profissionais gerada pela atualização que a preceptoria trás.

“(...) Eu acho que trouxe melhoria para a assistência sim, acho que trouxe ganho em termos de conhecimento.” (E12)

As visitas multiprofissionais, apesar de acontecerem de forma pontual e timidamente, estão mudando a visão de alguns profissionais, levando a um tratamento de forma holística ao paciente que passa a ter uma assistência mais completa, mudando também a percepção entre as profissões, um maior conhecimento do trabalho do outro e um maior entendimento da sua conduta.

“(...) A Residência só veio a trazer melhoria, quando você consegue articular os saberes das profissões em prol do paciente você só tem pontos positivos, só tem benefícios para o paciente, isto eu acho que não tem nem o que discutir” (E11)

“(...) A gente começa a conhecer melhor as outras profissões e assim você consegue respeitar mais o profissional, saber até onde você pode ir dentro da sua área e tentar sempre estar em contato com os outros profissionais para tentar entender a conduta dele e ele entender a sua, para que o paciente só ganhe com isso.” (E6)

Além destes, surge também um ponto citado em que o conhecimento gera melhorias na assistência que são palpáveis, visíveis e que podem ser mensuradas, que é a inclusão de novas práticas na dinâmica do setor.

“(...) A residência a meu ver trouxe melhoria para a assistência do nosso paciente, já que foi reduzido o número de pacientes com desidratação, constipação intestinal ou obstrução de sonda enteral, com a inclusão na rotina da nutrição dos horários nas entregas da água para o paciente sondado, e uma melhor absorção da medicação fenitoína (anticonvulsivante), com redução de risco de crise convulsiva, após a padronização de manter estas medicação em horários longe da alimentação do paciente, estas novas condutas foram implementadas pelo serviço, após a comprovação científica trazida pelos residentes e preceptores em discussões de casos clínicos.” (E3)

“(...) E hoje é só ver o atendimento de fisioterapia na enfermaria, mudou muito, e pode ser comprovado por dados isto é concreto. Muito disto aconteceu pelo rodízio dos residentes em vários setores do hospital e pudemos sentir a necessidade deste atendimento em outros setores como na enfermaria” (E7)

Por outro lado, alguns entrevistados afirmam que o conhecimento gerado pelo programa não trouxe melhoria na assistência prestada ao paciente, porém, não citaram as causas ou fatores para esta ocorrência.

“(...) A meu ver não houve contribuição visível para a melhoria a assistência.” (E10)

“(...) Não houve melhoria visível na assistência ao paciente.” (E5)

Neste momento, acontece a última das conversões, para a construção da espiral do conhecimento, que os autores Nonaka e Takeuchi (1997), denominam internalização, que tem o intuito de converter o conhecimento explícito em tácito.

Neste momento o conhecimento passa da organização para o indivíduo, ou seja, as mudanças e atualizações dos protocolos e os projetos multiprofissionais passam a fazer parte do dia-a-dia do profissional. Após este processo o novo conhecimento deve ser socializado com outros colaboradores (na forma de conhecimento tácito) iniciando assim uma nova espiral do conhecimento.

Desta forma, a grande maioria dos sujeitos entrevistados, afirmam que o programa de residência multiprofissional agregou melhoria à assistência ao paciente, seja pelo melhora no nível de conhecimento do profissionais ou pela inclusão de novas práticas na assistência ao paciente, além das visitas multiprofissionais, ainda que estas aconteçam de forma discreta e pontual, já podem ser consideradas causadoras de mudanças.

Segundo a Portaria Interministerial nº 1.077, de 2009, da Secretaria de Educação Superior, que regulamenta a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, define que o projeto pedagógico do Programa deve “*prever a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde*”. Com efeito, um dos propósitos do programa é a construção de uma visão integrada dos saberes.

4.4 PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: O PAPEL DA COORDENAÇÃO NA VISÃO DA PRECEPTORIA

O papel do gestor do programa está definido por legislação, na Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012, da Secretaria de Educação Superior, que dispõe sobre Diretrizes para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde, este define que o Coordenador tem. Dentre outras funções, algumas indiretamente relacionadas com a gestão do conhecimento.

Entre estas funções podemos destacar algumas, como: promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação, além de fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS.

Desta forma, percebe-se que as práticas de gestão do conhecimento mesmo que não estejam explicitamente escritas, mantém relação com alguns dos objetivos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e com as funções da gestão do programa incentivando a construção, articulação e utilização de novos conhecimentos pela instituição como um todo.

Os preceptores entrevistados citam alguns pontos que dificultam a ocorrência das práticas de gestão do conhecimento, em que a coordenação do programa poderia intervir, dentre elas, estão: a necessidade de uma maior preparação para a preceptoria, número reduzido de preceptores, visão multiprofissional do programa ainda ineficiente, pouca integração com a Residência Médica da instituição, além do

pouco conhecimento por parte dos profissionais da instituição sobre o programa de Residência Multiprofissional em Saúde e a sua importância.

Quando se trata de preparação para a preceptoria, alguns entrevistados citam o curso preparatório oferecido no primeiro ano da residência multiprofissional na instituição, porém ressaltam que nem todos os preceptores realizaram, além deste não ter mais se repetido. Desta forma, alguns entrevistados definem como deficiente a preparação para a preceptoria.

“(...) Fiz o curso para preceptor, no primeiro ano da residência...” (E4)

“(...) Deveria ter uma preparação maior para ser preceptor. Porque nem todo mundo tem didática, para saber passar seus conhecimentos, acho que até o próprio residente e o programa saem perdendo com isso. Isso é uma falha que eu vejo.” (E7)

O número reduzido de preceptores também foi mencionado como um ponto a ser melhorado, pois dificulta o rodízio pelos setores do hospital, sobrecarrega o profissional que tem dupla função, além de dificultar o processo de transmissão do conhecimento

“(...)A transmissão do conhecimento é dificultada talvez pelo número reduzido de recursos humanos” (E8)

Em relação à visão multiprofissional do programa, para alguns ela ainda é um desafio e ainda está em construção, enquanto para outros esta visão está se perdendo com o passar dos anos.

“(...)Gostaria que o programa voltasse aquela visão multiprofissional dos primeiros anos, que se perdeu com o tempo.” (E5)

A pouca integração da Residência Multiprofissional com a Residência Médica também é citado como um ponto a ser melhor trabalhado pela gestão do programa, de forma que, apesar da medicina não estar elencada no quadro de profissões da residência Multiprofissional, esta possa ter um elo de compartilhamento de informações e conhecimentos.

“(...)A residência multi ainda sente muita dificuldade com relação à participação dos médicos nas visitas multiprofissionais, porque os residentes multi eles interagem entre si, mas o ponto final ou inicial que é o parecer do

médico diante de todas as conclusões que os residentes chegam, deixa muito a desejar.” (E6)

Outro ponto crítico citado é a falta ou reduzido conhecimento dos demais profissionais a respeito dos objetivos do programa e da sua importância para a instituição em que está inserido. Grande parte dos profissionais da instituição desconhece a dinâmica do programa e o seu verdadeiro sentido, desconhecem as melhorias já instauradas que foram provenientes do programa.

“(...)Não há uma participação muito grande de profissionais na residência, nem todos tem clareza do que é a residência, da importância da residência, do papel do residente, do preceptor, muitas vezes esse residente é confundido com um outro profissional, como mão de obra para suprir a deficiência de recursos humanos.” (E11)

“(...)Acho que o programa é de grande importância para a instituição, trouxe melhoria para a assistência ao paciente, mas pode melhorar se fosse do conhecimento de todos a sua importância” (E3)

Alguns dos entrevistados relatam também que a dificuldade no sucesso das práticas da gestão do conhecimento vai além da gestão do programa, e passa pela gestão da instituição, mais uma vez a circulação do conhecimento é citada, sendo dificultada pela falta desta cultura na instituição.

“(...)Eu acho que o programa da multi é muito bom, mas o hospital em si ele não estava preparado para receber este tipo de Residência...” (E1)

“(...)A instituição precisaria de uma melhor disseminação do conhecimento, para a melhoria da assistência a pacientes graves por toda a instituição” (E2)

Neste indicador, analisou-se o papel do gestor na visão da preceptoria, estes quando perguntados ora se referiram ao coordenador do programa e ora à gestão da instituição como um todo.

Nesta fase, nenhum dos entrevistados se colocou como possível coadjuvante no processo de melhoria do programa, estes se detiveram em citar dificuldades e falhas, que no seu olhar seriam passíveis de intervenção da gestão.

Percebe-se, com isso, a dificuldade destes se verem como sujeito ativo deste processo, tanto no âmbito das dificuldades existentes como das próprias formas de superação. Alguns pontos citados podem ser considerados como dependentes da gestão, como uma melhor preparação para a preceptoria ou o número reduzido de

preceptores, mas, existem outros fatores que dependem também, do interesse e do envolvimento da preceptoria para que ocorram mudanças, como a melhoria da visão multiprofissional do programa ou um maior envolvimento com a residência médica, ou até mesmo o maior contato entre preceptores, que, na atualidade, fica na dependência do interesse, do grau de amizade ou da proximidade entre estes.

4.5 PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: O OLHAR DA COORDENAÇÃO

Está definido no Boletim de Serviço - UFRN Nº 080, de 02.05.2011, Fls. 65, que dispõe sobre o Regimento geral do Programa de residência integrada multiprofissional em áreas profissionais da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no seu Art. 18, que o coordenador e o vice-coordenador do programa serão profissionais de nível superior dos Hospitais Universitários ou docentes da UFRN, eleitos pelos membros da COREMU e nomeados pelo Diretor dos Hospitais Universitários.

No caso da RMS do HUOL, a coordenadora é uma servidora da instituição, enfermeira de formação, que está à frente do programa desde o primeiro ano, com algumas pausas durante esse tempo, quando se afastou em alguns momentos para a realização do seu doutorado.

A preocupação em incorporar a visão da coordenação à pesquisa como forma de ampliar a compreensão sobre as práticas de gestão do conhecimento na RMS, do HUOL, tendo sido utilizado o mesmo instrumento para a entrevista.

Em relação à preceptoria como produtora de novos conhecimentos, a mesma relaciona as novas aprendizagens ao conteúdo científico e a sua associação com a prática, assim como as aprendizagens relacionadas à postura pedagógica na relação ensino-aprendizagem compartilhada com o residente.

O fato de ser uma Residência Multiprofissional, para a coordenadora é um diferencial para a aprendizagem, pois se tem a oportunidade de compartilhar saberes e aprender com outro profissional.

“(...)Isso enriquece a nossa prática, principalmente durante o cuidado, além disso, leva a conhecer o processo de trabalho daqueles que compõem a equipe, e ajuda nas tomadas de decisões”

A informação dos preceptores não terem a prática de registrar novas aprendizagens, ou sistematizá-las, também é percebida pela coordenação que

acredita que essas aprendizagens são apenas vivenciadas na prática, e acaba constituindo repertório de conhecimentos oriundos da experiência, porém os preceptores devem se aprofundar no campo teórico para poder respaldar cientificamente cada conduta tomada. Contudo, neste momento a coordenadora faz uma importante ressalva:

“(...) Infelizmente a postura de estar em contínuo estudo, se dedicando com maior intensidade à aprendizagem não é incentivada pela instituição hospitalar, que mesmo sendo um hospital escola, não dá condições aos seus profissionais desenvolverem a preceptoria adequadamente.”

Fica evidente, mais uma vez, que a prática de apresentar ou escrever trabalhos científicos fica restrito aos profissionais que tem titulação de mestre, já que esta afirma que tem a prática de participar de eventos científicos e já ter tido a experiência de apresentar trabalhos relacionados à Residência Multiprofissional, além de realizá-los de forma multiprofissional.

Com relação ao compartilhamento de conhecimento entre preceptores, a mesma cita alguns momentos importantes quanto estratégia de intercâmbio de saberes, o momento da visita multiprofissional que acontecem diariamente, as aulas com temas gerais da área de concentração que acontecem quinzenalmente, além das discussões de casos clínicos mensalmente. Porém, apesar destes momentos, a coordenação ainda percebe como ineficiente esta troca.

“(...)O compartilhamento do conhecimento entre preceptores deveria ocorrer rotineiramente durante a prática, integrando teoria e prática e os diversos saberes profissionais, mas, ainda trabalhamos em equipes agrupamentos, onde fica cada um em sua caixinha”

A preservação do conhecimento na instituição é tratada por esta como tímida ainda, pelo fato do programa ser recente e ainda enfrentar muitos entraves, porém afirma que existem algumas iniciativas isoladas, mas não existe uma sistematização. A coordenadora também cita a cultura da instituição, voltada ainda para o modelo biomédico como empecilho ao modelo multiprofissional de assistência.

“(...)Ao propor um modelo com vistas à integralidade do cuidado quando o hospital ainda é regido pelo modelo biomédico, não se tem uma sistematização das aprendizagens, ou incorporação desses conhecimentos na prática diária de forma padronizada”

A respeito do compartilhamento do conhecimento na instituição a coordenação considera que está acontecendo através da divulgação no *site* da instituição da produção científica do programa, além do convite para a participação de todos os profissionais da instituição das atividades que são desenvolvidas mensalmente, porém a mesma não percebe o mesmo interesse por parte de todos os preceptores em participar deste tipo de atividade.

“(...)venho tentando conquistar a participação dos preceptores neste processo, que a meu ver nunca será consolidado enquanto não houver a compreensão e envolvimento, nem que seja um pouquinho, de cada um”

Apesar de todos estes obstáculos, a coordenadora se vê otimista e com a certeza da melhoria na assistência prestada ao paciente da instituição.

“(...) Hoje podemos dizer que temos um perfil de assistência diferente daquele de há seis anos, o pensar e o agir em equipe contribuem para um cuidado verdadeiramente holístico”

Quando se trata da produção do conhecimento, as opiniões de preceptores e coordenação convergem no discurso quando citam o conteúdo científico e a relação teoria x prática como processos de criação de conhecimento.

O relacionamento multiprofissional é visto como uma oportunidade de compartilhar saberes, que acontecem em momentos pontuais, contudo, assim como a visão da preceptoria, este relacionamento entre preceptores ainda é ineficiente, e depende do grau de aproximação destes e do interesse particular de cada um.

A preservação do conhecimento ainda é tímida e acontece em iniciativas isoladas, estas foram citadas pelos preceptores como sendo as inclusões ou atualizações nos protocolos, porém ainda não existe uma padronização, esta condição está ligada a entraves burocráticos e pela fato do programa ser recente na instituição, segundo a coordenação.

A cultura da instituição, centrada ainda na figura do médico, e a falta de envolvimento por parte de alguns preceptores, aparecem no discurso da coordenação, como fatores que impedem a sistematização e disseminação das aprendizagens.

Apesar de tantas dificuldades e empecilhos a coordenação ainda assim visualiza o poder do programa na melhoria da assistência prestada ao paciente, considerado que ainda que de forma inicial, a visão multiprofissional começa a fazer parte e disputa por maior espaço na instituição.

Mudar a cultura de instituição e profissionais é um trabalho lento, que acontece à medida que os resultados destas mudanças vão aparecendo, porém para isto é imprescindível que estes resultados sejam amplamente divulgados, para que todos se apropriem disto e se vejam estimulados a fazer a sua parte destas transformações.

5 CONCLUSÃO

Para fazer face aos enfrentamentos colocados pelo mundo do trabalho, a mudança paradigmática envolvendo as concepções de saúde e educação precisa ser vivenciada durante a formação, ampliando as possibilidades e democratização do conhecimento.

As atuais políticas nacionais de saúde e de educação apontam para a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional, para isso têm sido estimulado e apoiado iniciativas multiprofissionais.

Competências e habilidades também precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, para que se constituam como sujeitos comprometidos com um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas. Estas experiências, principalmente nas Residências Multiprofissionais, podem representar oportunidade para uma reflexão organizada em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais.

Esta pesquisa objetivou analisar uma mudança de enfoque na área de saúde, particularmente na Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes, direcionado para a avaliação da gestão do conhecimento, considerando o conhecimento gerado através deste formato de pós-graduação, a partir do olhar da preceptoria. Desta forma, avaliando se este conhecimento está sendo disseminado e aplicado na instituição para a melhoria do cuidado e da gestão.

Vale reforçar que embora existam vários mecanismos para a aprendizagem organizacional, sua sistematização nas organizações hospitalares ainda é incipiente. Com relação à aprendizagem, existe uma clara ênfase na aprendizagem individual, a partir da experiência, essa característica reforça a importância de mecanismos que objetivem disseminar o conhecimento obtido, bem como possibilitar um processo de análise e sistematização do conhecimento.

Essa mudança de enfoque é importante, pois é um dos pressupostos para a criação de uma cultura para gestão do conhecimento.

Os processos de gestão do conhecimento não são espontâneos ou intuitivos, exigem uma gestão das aprendizagens e dos conhecimentos, para isso faz-se necessário a construção de um ciclo de aprendizado que considere a aprendizagem individual; permita sua consolidação e disseminação em grupo e gere aprendizagem

para organização, pela sua sistematização, buscando o conhecimento coletivo e uma ênfase na explicitação dos conhecimentos para a organização.

Com a pesquisa, percebe-se que, na visão da preceptoria, a temática Gestão do Conhecimento ainda não é uma realidade no Programa de Residência Multiprofissional, ou na instituição em estudo. As práticas de gestão do conhecimento estão presentes, mas, acontecem de forma intuitiva, sem embasamento científico e na maioria das vezes informalmente.

O programa, estimula os preceptores a permanecerem em um processo de contínuo aprendizado, se dedicando mais aos estudos e atualização, além da troca contínua de conhecimentos com os residentes o que gera novos conhecimentos. Porém, grande parte destes profissionais não sistematiza ou registra essas aprendizagens, apenas as utilizam na sua prática profissional do dia-a-dia.

Apesar da maioria dos sujeitos entrevistados relatarem a preservação destes conhecimentos gerados através da atualização e/ou inclusão de novas práticas nos protocolos da instituição, ainda existem grandes obstáculos na transmissão e disseminação destes conhecimentos que, quando ocorrem, é de forma não padronizada e informal, na sua maioria.

Ainda assim, apesar das dificuldades, o conhecimento gerado a partir do Programa de Residência Multiprofissional é visto por preceptores e coordenação entrevistados, como causador de melhorias na assistência prestada aos pacientes da instituição, seja pelo melhora no nível de conhecimento do profissionais ou pela inclusão de novas práticas na assistência ao paciente, além das visitas multiprofissionais, ainda que estas aconteçam de forma discreta e pontual, já podem ser consideradas causadoras de mudanças.

Todas as fases da conversão do conhecimento proposto pelos autores Nonaka e Takeuchi (1997) foram visualizadas. Contudo, esta Espiral do Conhecimento acontece de forma irregular, apresenta quebras e dificuldades, causadas pelo desconhecimento científico do tema Gestão do Conhecimento pelos preceptores e pela instituição em si.

Sendo assim, um nível maior de informação sobre esta temática, agregaria valor aos conhecimentos gerados pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que poderia ser mais bem aproveitado por preceptores, residentes e profissionais da instituição.

Com base nas análises realizadas, considerando a visão dos preceptores e da coordenação sobre as práticas de gestão do conhecimento e da aprendizagem organizacional, assim como, considerando os estudos teóricos realizados, queremos oferecer, como resultado deste trabalho, um conjunto de sugestões de melhorias para que a gestão do conhecimento possa passar de uma forma intuitiva, assistemática e voluntária, para um processo organizado e sistemático.

- Sistematização do curso preparatório para preceptores, se repetindo a cada 2 anos
- Criação da sondagem para checar a disponibilidade e o interesse na preceptoria, na tentativa de formar um quadro de preceptores estimulados a fazer parte deste processo
- Padronização de um impresso para registro de aprendizagens, novas práticas, e informações que aconteçam durante o processo da preceptoria. A utilização deste impresso ocorrerá concomitantemente ao preenchimento do impresso de avaliação do residente sob a sua supervisão
- Padronização de encontro mensal entre preceptores, no intuito de favorecer o contato e o relacionamento entre estes (ex: café e preceptoria), durante este encontro haverá um momento de troca de experiências e informações utilizando para isso o impresso de registro de aprendizagens.
- Estímulo a publicação de artigos científicos pelos preceptores, com temas relacionados a preceptoria, e criação de um grupo para auxiliar preceptores que estão distante de atividades acadêmicas, nestas publicações
- Sistematização das visitas multiprofissionais ocorrendo desde o primeiro ano da residência e em todos os setores de rodízio dos residentes
- Padronização da atualização e/ou inclusão de práticas de no mínimo dois itens do protocolo do setor de estágio
- Sistematização da divulgação utilizando banners por toda a instituição, contendo aprendizagens, informações e novas práticas de sucesso, que trouxeram melhoria para assistência à saúde, originada pelo PRMS

Desta forma, planta-se uma árvore, que poderá ser produtora de muitos frutos daqui para frente, relacionadas à Gestão do Conhecimento na instituição e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. De modo particular, a pesquisa traz um novo olhar para a preceptoria através da diversidade de possibilidades de aprendizagem que oferece.

Um caminho foi percorrido, porém, outras pesquisas são necessárias, principalmente no que tange a cultura da instituição e do impacto da temática Gestão do Conhecimento no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

REFERÊNCIAS

ABIB, L. A. “Caminhando contra o vento...” a história das Residências Integradas Multiprofissionais em saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.

ALAVI, M. Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: conceptual foundations and research issues. **MIS Quarterly**, v. 25, n.1, 2001.

ALBAGLI, S.; MACIEL, M. L.; Informação e conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. **Ci Inf**, v. 33, n. 3, p.9-16, 2004

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras educ méd**, v.32, n.3, p.356-62, 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo" novas autonomias" no trabalho. **Interface-comunicação, saúde, educação**, p.150-53, 2001.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. **Organizational learning: a theory of action perspective**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1978.

ARAÚJO, D.; MIRANDA M. C. G. de, BRASIL S. L; Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.1, p. 20-31, 2007.

BARRETO, V. H. L.; et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco—um Termo de Referência. **Rev bras educ méd**, v. 35, n. 4, p. 578-83, 2011.

BARROS, M. C. N.; SILVA E. B.; **Papel do preceptor na residência Multiprofissional: Experiência do Serviço Social**. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; 2010

BANSAL, M. **Knowledge management: capitalizing a hospital's assets. Express Healthcare Management. India's first newspaper for the health care business.** Issue 01-15 Sep 2001. Disponível em: <http://www.expresshealthcaremgmt.com/20010915/editorial2.htm> Acesso em: 26 nov. 2013.

BERWICK, D. M. **Assistência médica. Como hospitais podem aprender.** p. 448-453. In: SENGE, Peter et al. A quinta disciplina. Caderno de Campo. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1997.

BICALHO, L. M.; OLIVEIRA, M.; Aspectos conceituais da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade e a pesquisa em ciência da informação. Encontros Bibli. **Rev Eletr Bibli Ciênc Info**, v. 16, n. 32, p. 1-26, 2011.

BITENCOURT, C. C. **A gestão de competências gerenciais: a contribuição da aprendizagem organizacional,** 2001. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/1793>. Acesso em: 26 nov. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Senado, Brasília, DF. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/con1988.pdf Acesso em: 26 nov. 2013.

BRASIL. Lei n. 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.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 26 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198/GM/MS. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor,** 2004. Brasília. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm> Acesso em: 05 mai. 2014.

BRASIL. Lei nº 11.129. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude;** altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2005. Brasília. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaactualizada-pl.pdf> Acesso em: 05 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf Acesso em:05 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde**. 2007, Brasília (DF).Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm> Acesso em:05 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde**, 2009. Brasília. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf Acesso em: 12 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação (ME). **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009.** Disponível em: http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/portaria_1077.pdf. Acesso em: 12 Jun. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde(BR). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde;** organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre, 2010. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf>. Acessado em: 05 mai.2014.

BRASIL, 2012. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - **RESOLUÇÃO No- 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012.**Disponível em: http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/resolucao_n02_2012_abril.pdf Acesso em: 14 jun. 2014.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, v.1, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, 2004

CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA.** 2002.286p. Tese (Doutorado em Enfermagem) FAMENA, Ribeirão Preto,2002.

CHOO, C.W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões.** São Paulo: SENAC, 2003.

COLAUTO, R. D.; BEUREN, I. M. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. **Rev Adm Contemp**, v.7, n. 4, pp. 163-85, 2003.

CURY, C R J. Graduação/pós-graduação: a busca de uma relação virtuosa. **Educ Soc**, v. 25, n. 88, p. 777-93, 2004

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE)- São Paulo: **A Situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000**, 2012. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/livro/2012/livroSituacaoTrabalhoBrasil.pdf>. Acesso em:08 ago.2014.

DALLA, L.; AREND, J. Estilos de aprendizagem de multiprofissionais da saúde: um contexto a ser explorado. **Rev Colom Enfer**, v.8, n.8, p. 74-84, 2013.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. C. **Empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DALLEGRAVE D.; KRUSE M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Rev Interface**, 213-26, 2009.

DRUCKER, P. F. O Advento da nova organização. **Gestão do Conhecimento Harvard Business Review**. Rio Janeiro: Campus, 2000.

EMMERICK A.; PEREIRA H. J.; QUANDT C. O. **Aprendizagem na mudança do modelo de gestão em organização hospitalar.** XXVII Encontro nacional de engenharia de produção, Foz do Iguaçu- PR, Brasil, 2007.

FERREIRA, S. R. **Residência integrada em saúde: Uma modalidade de ensino em serviço.** Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000626144&loc=2008&l=9179d14aa96087ed> Acesso em: 05 ago.2012.

FIOL, M. C.; LYLES, M. A. Organizational learning, Academy of Management. Review, v. 10, 1985.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizado e inovação organizacional: as experiências do Japão, Coréia e Brasil.** São Paulo: Atlas, 1995.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev esc enferm USP**, v.40, n.1, p. 105-10, 2006.

GONÇALVES, C O. **Gestão do conhecimento e comunicação organizacional: estudo da aplicação de um modelo de comunicação organizacional para disseminação do conhecimento.** Dissertação (UFRJ/COPPE/Programa de Engenharia de Produção) Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

HENRIQUES, R. L. M. **Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda.** In: PinheiroR, Mattos RA orgs. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATISTICA (IBGE), **Censo Demográfico 2010, Resultados gerais da amostra** - Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/.../00000008473104122012315727483985.pdf>. Acesso em: 08 ago.2014.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 88-91, 2006.

LIMA, J. C.; FAVERET, A. C.; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucceso. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.3, p.631-41, 2006.

MACHADO, M. F. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARTINS, M. C. F. N.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2012.

MOHR, A. **A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde, Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**, v. 36015, p. 53-65, 2011.

NASCIMENTO, D. M. do. **Metodologia do trabalho científico: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NUNES, E. D.; FERRETO, L. E.; BARROS, N. F. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. **Ciênc saúde coletiva**, vol.15, n.4, p. 1923-934, 2010.

NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e perspectivas. **Revista Saúde Coletiva**, v.15, n.1, 2005.

OLIVEIRA, R. M; **A produção do conhecimento em saúde em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares**, Tese de doutorado, Ministério da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ, Março 2000.

Parecer CES/CFE 977/65 - **Conceitos de Pós Graduação, Mestrado e Doutorado**. Disponível em: <http://nucleodememoria.vrac.puc-rio.br/site/textosfinais/parecerCFE97765.pdf>; http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/lpa977_65.htm. Acesso em: 12 mai.2014.

PEREIRA, V. G.; de LIMA, A. E. A.; GOMES, M. C. S. **Utilização de Protocolos Médicos como uma Ferramenta para Melhoria da Qualidade dos Serviços Médico-Hospitalares do Setor Público: um Estudo Quase-Experimental na Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro , 2007.

PIMENTA, S. G. (Org.) **Saberes pedagógicos e atividade docente.** 2^a. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de.; **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROBST, G. J. B.; BUCHEL, B. S. T. **Organization learning: the competitive advantage of the future.** New York; Prentice hall, 1997.

RIBEIRO, K. R. B.; DO PRADO, M. L. **A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão.** Rev Gaúcha de Enfer, v. 35, n. 1, p. 161-65, 2013.

ROCHA, E. S. B.; et al. **Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura.** Rev Latino-Am, v.20, n.2, [09 telas], 2012.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. **Revista trabalho, educação, saúde,** v.7, n. 3, 2009/2010

SANTOS, A. R. dos; et al. **Gestão do conhecimento: uma experiência para o sucesso empresarial.** Curitiba: Champagnat; 2001.

SCHWARTZIII, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev saúde pública**, v. 43, n.4, p. 721-25, 2009.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina- Arte teoria e prática da Organização de Aprendizagem.** São Paulo: Editora Best Seller, 1990.

SILVA, S. L. Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais. **Ciência da Informação**, v. 31, n. 2, p. 142-51, 2002.

STEWART, T. A. **Capital intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas.** Rio de Janeiro : Campus, p. 237, 1998.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n.2, p. 287-95, 2006.

TRISTÃO, A. M. D.; FACHIN, G. R. B.; ALARCON, O. E. Sistema de classificação facetada e tesouros: instrumentos para organização do conhecimento. **Ci Inf**, v. 33, n. 2, p. 161-71, 2004

TONET, H. C.; PAZ, M. G. T. da. Um modelo para o compartilhamento de conhecimento no trabalho. **Rev. Administração Contemporânea**, 75-94, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN) - Boletim de Serviço - Nº 080.2011 Fls. 65, regimento geral **Programa de residência integrada multiprofissional Em áreas profissionais da saúde da universidade federal do rio grande do norte Da natureza do programa e público-alvo**. Disponível em: http://www.huol.ufrn.br/doc/residencias/res_multiprofissional/regimento_geral.pdf Acesso em: 12 ago.2014.

VARGAS, T. M. D. **O serviço social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional**; 2011

VON KROGH, G.; ICHIJO, K.; NONAKA, I. **Facilitando a criação do conhecimento: reinventando a empresa como o poder da inovação contínua**. Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campus; 2001.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Nescon-Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte: Coopmed; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Acesso em: 12 abril 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
MESTRADO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE – 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. SEXO: 1() Masculino 2() Feminino

2. IDADE: _____ anos

3. GRAU DE INSTRUÇÃO:

- 1 () Pós-Graduação Incompleta
- 2 () Pós-Graduação Completa
- 3 () Mestrado
- 4 () Doutorado

4. RENDA FAMILIAR MENSAL:

- 1() Até 2 salários mínimos mensais
- 2() 3 a 6 salários mínimos mensais
- 3() 7 a 10 salários mínimos mensais
- 4() 11 ou mais salários mínimos mensais

5. FORMAÇÃO ACADÊMICA:

- 1 () Enfermagem
- 2 () Nutrição
- 3 () Serviço Social
- 4 () Fisioterapia
- 5 () Farmácia

6. SETOR DE LOTAÇÃO:

- 1() UTI
- 2 () outro: ESPECIFICAR _____

7. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

- 1() Até 2 anos
- 2() 3 a 6 anos
- 3() 7 a 10 anos
- 4() 11 ou mais anos: ESPECIFICAR _____

8. TEMPO DE ATUAÇÃO NA PRECEPTORIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:

- 1() até 1 ano
- 2 () 1 a 2 anos

3() 3 a 4 anos

4() 5 ou mais anos: ESPECIFICAR _____

PARTE – 2 –DADOS RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

1. Quais as principais aprendizagens adquiridas por você a partir da sua prática profissional como preceptor (a)?
2. Que estratégias de aprendizagens você adota para fazer frente às exigências de acompanhamento da prática de formação dos Residentes?
3. O fato de ser uma Residência Multiprofissional é um diferencial para a sua aprendizagem? De que forma? Que aprendizagens geram?
4. Que formas você desenvolve para organização a sistematização, seja oral ou escrita, das novas aprendizagens adquiridas, por exemplo, você faz alguma forma de registro escrito das novas práticas, você muda as formas de planejar a sua ação como preceptor?
5. Entre você e os demais preceptores e docentes, quais as formas existentes de intercâmbio de conhecimentos? Vocês realizam seminários internos para apresentação de novas práticas?
6. Você tem a prática de apresentar, periodicamente, trabalhos em eventos acadêmicos externos (seminários, congressos) ou de publicar trabalhos científicos (revistas, periódicos, anais de Congressos)?
7. Em caso afirmativo, isso é feito sozinho ou de forma coletiva e multiprofissional?
8. A partir da sua experiência, você acha que o PRM desenvolve alguma forma de apropriação, de preservação ou de uso dos conhecimentos gerados e aprendidos pelos preceptores? Por exemplo, estas novas aprendizagens de novas técnicas são incorporadas no protocolo da Instituição? Que outras formas existem?
9. Na sua opinião, o Programa valoriza o compartilhamento do conhecimento na Instituição? Quais as formas que o programa adota para promoção e circulação de novas aprendizagens gerados pelo PRM?
10. Você gostaria de acrescentar alguma informação que você considera relevante para este trabalho?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA MESTRADO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A gestão do conhecimento no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes: uma visão a partir da preceptoria

Pesquisadora: Leila Maria Araújo Vidal, (84) 9910-9546, leilavidal79@hotmail.com.
Nome da professora orientadora: Profa. Dra. Adriana Valéria Santos Diniz. Rua Edilson Paiva de Araújo, 187, Apto. 301. Telefone: (83): 8737-7147 E-mail: adrianavsdiniz@hotmail.com

Local do estudo: Hospital Universitário Onofre Lopes- Av. Nilo Peçanha, 620-Petrópolis, CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Objetivo: Analisar, a partir do olhar da preceptoria, as práticas de gestão do conhecimento utilizadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e a sua colaboração com a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes. **Descrição do estudo:** Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas sobre o tema em estudo.

Riscos: O presente trabalho não apresenta riscos para os participantes. Tais riscos, se surgirem, serão menores do que os benefícios proporcionados por esta pesquisa e, respeitando os preceitos éticos, caso você vier a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida. **Confidencialidade:** Além de você e nós pesquisadores, ninguém terá acesso aos seus dados sem o seu consentimento. Não haverá qualquer identificação na pesquisa e suas respostas serão analisadas em grupo de distribuição de frequência. Quando os dados forem apresentados em congresso, apresentação e publicações, não serão utilizados quaisquer meios que os identifiquem. **Participação voluntária:** a sua participação é voluntária, isto implica que você não receberá nenhum tipo de pagamento por participar desta pesquisa. Se você concordar em colaborar voluntariamente com a pesquisa e se não tiver nenhuma dúvida, gostaríamos que fosse assinado este termo. Após a assinatura, você poderá retirar seu consentimento ou recusar-se de participar, sem que isto cause qualquer tipo de prejuízo para você.

Profa. Dra. Adriana Valéria Santos Diniz
Professora Orientadora

Leila Maria Araújo Vidal
Pesquisadora

Eu _____, aceito participar da pesquisa acima descrita. Estou ciente de que se RG _____

trata de uma atividade voluntária, portanto sem remuneração. Nestes termos posso recusar e/ou retirar este consentimento sem prejuízo a qualquer hora.

Natal, ____ de _____ de _____

COMITÊ DE ÉTICA DA UFPB: Tel.: (83) 3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.br

APÊNDICE C - QUADRO PARA ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

ENTRE VISTA DOS /INDICADORES	APROPRIAÇÃO E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	SISTEMATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO	DISSEMINAÇÃO E TRANSMISSÃO DOS CONHECIMENTOS	PRESERVAÇÃO	ADOÇÃO DOS CONHECIMENTOS NA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE	PAPEL DO GESTOR
E1-ENFERMAGEM UTI	- Reciclagem dos conhecimentos - confronto teoria x prática “Na verdade é sempre uma reciclagem, a residência está sempre trazendo novas rotinas, porque eles estão sempre estudando muito”	- Não padronizada	- Pouco contato com outros preceptores, - Não escreve ou divulga aprendizagens ” Na verdade não, só no relacionamento, porque na verdade a gente é preceptor somente no meu caso da enfermagem , as outras especialidades elas contribuem com o serviço, mas em relação a minha preceptoria não.”	- Funcionando como atualização dos protocolos	- Melhoria da assistência gerada pela atualização dos protocolos	- Instituição com pouca absorção e gestão do conhecimento “Eu acho que o programa da multi é muito bom, mas o hospital em si ele não estava preparado para receber este tipo de residência, O hospital sempre foi muito voltado para a residência médica, até

					<p>porque até hoje é a residência médica e a residência multi, é rachado”</p>
E2-ENFERMAGEM UTI	- Estímulo a estar estudando, -Toca de conhecimentos “Então eu procuro mesmo voltar lá, para os livros, os artigos, para a teoria, porque eu preciso passar para eles a prática baseada na teoria, no científico.”	- Não sistematizada “Não costumo fazer registros, oficializar de nenhuma forma. Eu apenas faço anotações de algum tema que foi discutido e que preciso me aprofundar mais.”	- Contato apenas com preceptores da mesma área de formação, durante apresentações do eixo teórico. - Conhecimento restrito onde é produzido. “Eu acho que este conhecimento é muito restrito, principalmente a UTI que infelizmente tem essa história de ser muito isolada, é um ambiente que lida com paciente crítico, paciente mais grave e acaba ficando tudo muito restrito a UTI	- Com a revisão dos protocolos	- Melhoria da assistência gerada pela atualização dos protocolos “Teve melhoria na assistência sim porque aqui na uti tudo que a gente faz é baseado em protocolos e no momento que ele está atualizado, nós profissionais vamos trabalhar prestando uma melhor assistência.”

E3 NUTRI ÇÃO INTERNA ÇÃO	<p>- Atualizaç ão de conhecim entos através de estudos teóricos</p> <p>- Troca de conhecim entos com residente s</p> <p>“Na verdade é uma troca, a gente vem com a prática e eles com a teoria atualizada”</p>	<p>- Não padronizada</p> <p>“Não tenho nada padronizado ou sistematisad o, utilizo as aprendizage ns no dia a dia, não tenho as prática de escrevê-las.”</p>	<p>- Contato multiprofissio nal favorecendo a aprendizage m.</p> <p>- contato esporádico com outros residentes, não padronizado.</p> <p>“O fato de ser uma residência multiprofissio nal com certeza favorece muito a relação de contato com as outras categorias profissionai s, até com a residência médica ficou um pouco mais fácil esta relação, passamos a ter mais contato com farmácia, enfermagem... na hora de solucionar problemas relacionados ao paciente[...] são mais conversas informais, nos corredores, nos primeiros</p>	<p>- repasse de aprendizagen s em aulas do eixo teórico</p> <p>- Inclusão de novas práticas no protocolo da instituição</p> <p>“Temos exemplos práticos na nutrição de padronizaçõ es novas que foram geradas a partir do programa e desta relação preceptor residente aprendendo e ensinando juntos”</p>	<p>- Melhoria com novas práticas, atualizadas, com embasamen to científico.</p> <p>“A residênci a meu ver trouxe melhoria para a assistênci a do nosso paciente, já que foi reduzido o número de pacientes com desidrataçã o, constipaçã o intestinal ou obstrução de sonda enteral, no caso da água e uma melhor absorção da medicação fenitoína, com redução de risco de crise convulsiva. ”</p>	<p>- Pouca circulaçã o do conhecim ento.</p> <p>- pouco conhecim ento pelos profission ais da instituiçã o da importânc ia do programa</p> <p>“Acho que o program a é de grande importân cia para a instituiçã o, trouxe melhoria para a assistên cia ao paciente, mas pode melhorar se fosse do conheci mento de todos a sua importân cia”</p>
--------------------------------------	---	---	--	--	---	--

			<p>anos da residência ainda teve algumas reuniões, tele conferências , mas hoje isso para mim é uma deficiência do programa.”</p>			
E4 - NUTRIÇÃO NUTRIZÃO CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Curso de capacitação para preceptor no início da residência - estudar para manter-se atualizada - Conhecimento gerado com encontros no dia a dia com outros preceptores <p>“ Procurar estudar mais, porque os residentes estão</p>	<p>Não sistematizada , utilização das aprendizagens no dia a dia</p>	<p>- encontros eventuais no dia a dia com outros preceptores</p> <p>- compartilhamento informal de conhecimentos</p> <p>“Há sim disseminação do conhecimento, mas, não de forma padronizada, na minha visão esse conhecimento circula mas de forma informal ainda.”</p>	<p>- Através da atualização dos protocolos</p> <p>“A preservação do conhecimento acontece principalmente através dos protocolos que hoje nos baseamos muito mais neles, por causa do envolvimento da residência está dando em atualizá-los. Antes os protocolos não era utilizados e estavam sempre desatualizados.”</p>	<p>- Melhoria para a instituição, profissionais e na assistência ao paciente</p> <p>“Acho que o Programa de Residência Multiprofissional é muito importante para a instituição e para os profissionais, trouxe melhoria para a assistência ao paciente, mas eu acho que pode melhorar essa interação entre preceptores, principalm</p>	<p>- circulação informal do conhecimento</p>

	vindo atualizados, porque na grande maioria das vezes são recém-formados, eles trazem artigos, novidades, mas eu particularmente ainda prefiro os livros”			ente com a residência médica, para melhorar essa forma multi de assistência ”	
E5 – ENFERMAGEM HEMODIÁLISE	- Preceptor ia estimulando a estudar e manter-se atualizada	- Não sistematiza ou escreve as aprendizagens “Não costumo sistematizar ou escrever essas aprendizagens, minha preceptoria acontece no dia a dia, com os problemas e situações que vão acontecendo ...”	- prejudicada pela ineficiência do perfil multiprofissional da residência - troca informal de conhecimento pelos preceptores - disseminação do conhecimento através de publicações científicas - Circulação tímida do conhecimento de forma não sistematizada - “O perfil multiprofissi	- atualização de conhecimentos “Aqui no setor de hemodiálise, por ser uma área muito específica ainda não foi incluído nenhuma nova rotina, já ouve algumas sugestões de inclusão no protocolo do setor, mas não eram viáveis, para mim o programa funcionou para atualização	- não houve melhoria na assistência ao paciente - Volta da visão multi dos primeiros anos

			<p>onal já fez diferença nos primeiros anos da residência, mas eu acho pessoalmente que este perfil multi, foi se perdendo e hoje para mim, acompanho um residente exclusivo da minha área de formação.”</p> <p>“Os residentes levaram para a internação orientações de cuidados com o cateter de hemodiálise, mas isto foi feito de forma pontual e poucas pessoas tiveram acesso a esta informação porque não foi feita de forma sistematizada.”</p>	<p>dos conhecimentos”</p>		
E6 – FARMÁCIA FARMÁCIA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização - Estudar para buscar 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz escritos com as melhores práticas, para que possa haver 	<ul style="list-style-type: none"> - o formato multi permite o conhecimento da conduta de outro 	<ul style="list-style-type: none"> - mudança de práticas, - atualizações e inclusões de rotinas no 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da assistência prestada ao paciente, com maior 	<ul style="list-style-type: none"> - maior integração e contato com a

	<p>dinâmica de transmitir conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar novos conhecimentos respaldado científicamente - melhora das habilidades interpessoais <p>“...A gente sempre está buscando novos conhecimentos, então a medida que eu preciso ensinar ao residente e eu também preciso estudar antes, para passar para ele, por que eu não posso estar transmitindo conhecimento</p>	<p>substituição sem prejuízo para o serviço</p>	<p>profissional, e fazer conhecer a sua conduta</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de consolidação do conhecimento entre os preceptores - conhecimento produzido fica fragmentado - falta de disseminação dos resultados obtidos na residência de forma padronizada - publicação em periódicos acadêmicos sobre as informações do programa e produtividade do residente - incentiva a divulgação de resultados do programa, para o conhecimento desta e de outras instituições <p>“Essa é uma das falhas que a gente encontra hoje na residência multi, a gente ainda não tem um</p>	<p>protocolo do setor</p> <p>“...eu considero alguns ponto positivo que a residência deixou, como: mudança na dinâmica do setor de farmácia, a instituição de formulários, de novos serviços que o residente vê necessidade e faz proposições e acaba sendo incorporada na rotina da instituição e mais especificamente do serviço.</p> <p>Então várias atitudes proativas do residente tem ficado como ponto positivo para a instituição.”</p>	<p>sucesso terapêutico através das visitas multiprofissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> - paciente ganha com a relação de conhecimento e respeito das profissões <p>“.... Até porque a gente começa a conhecer melhor as outras profissões e assim você consegue respeitar mais o profissional, saber até onde você pode ir dentro da sua área e tentar sempre estar em contato com os outros profissionais para tentar entender a conduta dele e ele entender a sua, para que o paciente só ganhe com isso.”</p>	<p>residência médica</p> <p>“...residência multi ainda senti muita dificuldade com relação a participação dos médicos nas visitas multiprofissionais, porque os residentes muitos interagem entre si, mas o ponto final ou inicial que é o parecer do médico diante de todas as conclusões que os residentes chegam, deixa muito a desejar, porque muitas vezes a gente faz a visita multi</p>
--	--	---	--	---	--	---

	<p>sem que esse conhecimento seja respaldo do cientificamente.”</p>	<p>momento de consolidação desse conhecimento, o conhecimento produzido ele fica um pouco fragmentado, eu sinto falta de uma espécie de simpósio, ou congresso onde a gente possa apresentar os resultados obtidos com a residência.”</p>			<p>entre os residentes multi, mas sem o residente médico a gente não avança muito, então está faltando a integração da residência médica com a equipe multi, porque se não existir essa integração a gente não consegue avançar muito.”</p>	
E7 – FISIOTERAPIA UTI	<ul style="list-style-type: none"> - Preceptoria funcionando na atualização do conhecimento - Cada preceptor usa sua própria didática de ensino e 	<ul style="list-style-type: none"> - Não registra aprendizagens - Utiliza o conhecimento na prática do dia a dia 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de caso em formato multiprofissional e interdisciplinar - falta de intercambio de conhecimento entre preceptores de forma padronizada 	<ul style="list-style-type: none"> - inclusão de práticas nos protocolos do setor “...Alguns protocolos, organização de material, indicação de tipo de fisioterapia que antes estava meio solto hoje segue um protocolo, 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora da assistência pela melhoria de conhecimentos do profissional - paciente e instituição ganham com um profissional atualizado - Melhoria do atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior preparação do profissional para preceptoria - Falta de didática única para a preceptoria - preceptores

	<p>aprendiza gem “...Tem resident es que fazem discussã o de texto, então você tem que estar sempre atualizad o, é muito bom neste sentido de atualizaç ão.”</p>	<p>- Disseminaç ão do conheciment o através do profissional que circula durante o rodízio da residência “...porque o mesmo profissional que é preceptor na UTI, faz o atendimento nas enfermarias então ele leva esse conheciment o com ele, ou traz conheciment o das enfermarias para a UTI”</p>	<p>esse foi um ganho trazido pelo programa de residência.”</p>	<p>de fisioterapia em todos os setores da instituição “...E hoje é só ver o atendiment o de fisioterapia na enfermaria, mudou muito, e pode ser comprovad o por dados isso é concreto. Muito disso aconteceu pelo rodízio dos residentes em vários setores do hospital e pudemos sentir a necessidad e deste atendiment o em outros setores como na enfermaria”</p>	<p>escolhido s aleatoria mente “...Deveri a ter uma preparaç ão maior para ser precepto r. Porque nem todo mundo tem didática, para saber passar seus conheci mentos, acho que até o próprio resident e e o program a saem perdend o com isso. Isso é uma falha que eu vejo.”</p>	
E8 – FARMÁ CIA DIVISÃO DE FARMÁ CIA	<p>- Troca de conhecim entos com os residente s “...Há sempre uma troca, é um conheci mento</p>	<p>- não registra ou sistematiza aprendizagen s - utiliza aprendizagen s na prática</p>	<p>- Falta de contato com residentes e preceptores de outras profissões - Pouca disseminação do conheciment o por serem conheciment os muito</p>	<p>- residênci a todos os anos deixa um legado para a melhoria do serviço na instituição “...cada turma deixa algum legado para a melhoria do serviço”</p>	<p>- certeza de melhoria para a assistência</p>	<p>- Dificuldad e de dissemin ação pelo reduzido número de recursos humanos</p>

	que você compartilha e também adquire, a gente aprende muito com os alunos diariamente, não temos dúvida”		específicos do setor			
E 9 – FISIOTERAPIA DIVISÃO DE FISIOTERAPIA	- Programa agregou conhecimento novo, atualizado. - Conhecimento gerado pelo estudo para atualização utilizando a internet	- faz registros de aprendizagens que surgiram no processo da preceptoria	- Pouco intercambio de conhecimento entre preceptores - visão multiprofissional ainda como desafio - conhecimento ainda muito restrito ao setor onde é produzido _ Troca de informações entre preceptores informalmente “...Eu acho a residência muito importante, porque por ser multiprofissional muda até a visão que se tem de várias profissões, porque a gente	- Preservação do conhecimento ainda ineficiente	- Melhoria da assistência pelo começo da visão holística do paciente “... É um ganho tanto para a instituição como para o paciente, porque ele começa a ser visto e avaliado como um todo, com um olhar diferente, há uma troca de informações mesmo informal, existe, acontece, eu acho que um ganho sim para todo mundo.”	- disseminação do conhecimento dificultada pelo número reduzido de recursos para a preceptoria, e de profissionais na instituição “... A maioria dos profissionais eles não tem tempo estão muito sobrecarregados na assistência, então por mais vontade que a

			<p>trabalha muito isoladament e [...] e fazer isso de forma multiprofissional é o desafio da própria residência.”</p>			<p>gente tenha de disseminar a gente não tem adesão dos profissionais de outros setores, porque a gente quer ir, tem vontade, sente a necessidade de aprender e de passar conhecimento, mas você não consegue sair do seu setor, você não consegue parar de trabalhar”.</p>
E10 – ENFERMAGEM INTERNAÇÃO	- Estudar para manter-se atualizada “...Estudo mais, eu procuro me atualizar”	- sistematizada	<ul style="list-style-type: none"> - Escreve mais não divulga aprendizagens - contato apenas com preceptores da área - novos conhecimento e aprendizagens 	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiência na preservação do conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> - falta de contribuição visível para a melhoria a assistência 	<ul style="list-style-type: none"> - maior comprometimento do preceptor - deficiência na disseminação do conhecimento

			<p>s restrito a UTI “...No meu ponto de vista ele fica muito restrito na UTI, que é onde os residentes se fixam mais, nos andares da internação, muito pouco.”</p>			<p>“...Eu acho que deveria ter um comprometimento maior tanto da preceptoria com os residentes, uma troca maior, porque eu acho que fica muito restrito a UTI, nos andares de internação não chega as contribuições visíveis.”</p>
E11 – SERVIÇO SOCIAL DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos teóricos - Prática embasada fundamentação teórica - Buscar atualização - Soma de conhecimentos “...Quando vai fazer a parte da precepto 	<ul style="list-style-type: none"> - Escreve sobre as aprendizagens e experiências na preceptoria “... A partir do momento que a gente reflete, que a gente está escrevendo, está reelaborando, está vendendo o que pode ser melhorado[...] eu já tinha 	<ul style="list-style-type: none"> - Formato multi como processo em construção, com maior interação das profissões envolvidas “... A partir do momento que a gente reflete, que a gente está escrevendo, está reelaborando, está vendendo o que pode ser melhorado[...] eu já tinha - Disseminação e discussão em trabalhos acadêmicos das experiências na preceptoria - Disseminação 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança e atualização dos protocolos do setor 	<ul style="list-style-type: none"> - Residência com forte influência na melhoria da assistência à saúde “... A Residência só veio a trazer melhoria, quando você consegue articular os saberes das profissões em prol do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem que haver maior envolvimento e conhecimento dos profissionais da instituição com a residência - Deficiência no número recursos humanos na

	<p>ria, a gente precisa se debruçar, estudar, ficar inteirada dos debates da profissão, que a gente não pode fazer uma prática sem uma fundamentação teórica[...].] só vem a somar conhecimento, na realidade leva a gente a estudar, para a gente poder orientar da melhor forma possível.”</p>	<p>uma postura de ir vendo, discutindo, refletindo a profissão, a saúde, isso tudo continuou, só fez aumentar esta busca por conhecimento e atualização.”</p>	<p>acontecendo nos estudo de caso dos residentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Execução de projetos de forma multiprofissional na instituição - Disseminação de forma ainda não concreta - Poucos profissionais envolvidos na residência Desconhecimento do papel do residente e preceptor por grande parte dos funcionários da instituição <p>“... A gente fez um projeto na UTI multiprofissional, que tinha a intervenção das profissões para o acolhimento aos visitantes de pacientes em UTI, nutrição, enfermagem fisioterapia e serviço social, a gente fazia questão de</p>		<p>você só tem pontos positivos, só tem benefícios para o paciente, isso eu acho que não tem nem o que discutir”</p>	<p>“...não há uma participação muito grande de profissionais na residência, nem todos tem clareza do que é a residência, da importância da residência, do papel do residente, do preceptor, muitas vezes esse residente é confundido com um outro</p>
--	--	---	---	--	--	---

			<p>ter sempre três profissões em cada acolhimento, para a gente poder mostrar como é o funcionamento da UTI, desmistificar um pouco aquele tabu, o medo da UTI, de entrar, da aparelhagem , mostrando algumas coisas, alguns equipamentos, o procedimento de traqueostomia, do direito de conversar com o médico de saber informações ”</p>		<p>profissional, como mão de obra para suprir a deficiência de recursos humanos [...] tem que haver uma maior apropriação por parte dos profissionais da residência e da instituição a clareza do que a residência pode possibilitar a instituição, ao profissional, as profissões e ao usuário.”</p>
E12 – SERVIÇO SOCIAL DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL	- Conhecimento gerado pela troca de informação	<p>- Não registra aprendizagens, as utiliza para melhorar as práticas do dia a dia</p> <p>“...no dia a dia a gente vai colocando os novos</p>	<p>- Não tem intercâmbio com outros residentes</p> <p>- A preceptoria fica restrita aos residentes da área</p>	<p>- Atualização de protocolos e inclusão de novas práticas na instituição</p>	<p>- Melhoria para a assistência pelo ganho em termos de conhecimento</p> <p>“... Eu acho que trouxe melhoria</p>

		<p>conhecimentos em prática, então essas novas aprendizagens vão sendo agregadas, melhorando o serviço, vamos refazendo, e com as residentes a gente tem essa oportunidade, tanto a gente orienta como ensina como aprende.”</p>		<p>para a assistência sim, acho que trouxe ganho em termos de conhecimento.”</p>	
--	--	--	--	--	--

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
 GERENTE DE ENSINO E PESQUISA



HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. Prof. Dr. Irami de Araújo Filho
 Gerente de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário Onofre Lopes/EBSERH

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: **A gestão do conhecimento no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes: uma visão a partir da preceptoria**, a ser realizada nesta instituição, pela mestrandra **Leila Maria Araújo Vidal**, sob orientação do Prof Dr^a. Adriana Valéria Santos Diniz, do Mestrado Profissional em Gestão das Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba. Tal pesquisa se utilizará da metodologia exploratória descritiva com abordagem qualitativa, tendo como objetivo principal analisar como se caracteriza o processo de gestão do conhecimento no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e sua colaboração com a melhoria das práticas formativas e de atenção à saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes/EBSERH, necessitando, portanto, ter acesso aos profissionais que compõem o corpo da preceptoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde HUOL/EBSERH, sendo eles: coordenação e preceptores de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia e Psicologia. As informações serão coletadas por meio de um instrumento semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, a ser preenchido por entrevista em que os dados serão colhidos no setor de cada segmento envolvido no processo da pesquisa. Não haverá necessidade de coleta de dados de documentos oficiais desta instituição como prontuários, arquivos e quaisquer outros dados documentais escritos. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição hospitalar possa constar no título da pesquisa, relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. E que durante a coleta de dados por meio das entrevistas não haverá quaisquer prejuízos ao serviço que cada segmento desempenha nesta instituição.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Gerência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Missão do HUOL/EBSERH: "Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade"
 Visite a *home page* do Hospital (www.huol.ufrrn.br)
 Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis, CEP 59.012-300 Natal/RN

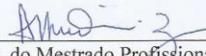


EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
 GERENTE DE ENSINO E PESQUISA

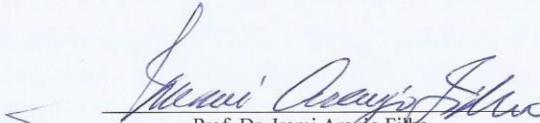


Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Gerência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Natal, 30 de junho de 2014.


 Prof Drª. Adriana Valéria Santos Diniz, do Mestrado Profissional em Gestão das Organizações
 Aprendentes, Universidade Federal da Paraíba
 Orientadora da Pesquisa

- Concordamos com a solicitação
 Não concordamos com a solicitação


 Prof. Dr. Irami Araújo Filho
 Diretoria de Ensino Pesquisa Extensão/HUOL/EBSERH
 Prof. Dr. Irami Araújo Filho
 Gerente de Ensino e Pesquisa / HUOL / EBSERH
 Mat. STAPE 3328273

Missão do HUOL/EBSERH: "Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade"
 Visite a home page do Hospital (www.huol.ufrn.br)
 Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis, CEP 59.012-300 Natal/RN
 Fones: (84) 3342-5090; 3342-5095; 3342-5989; 3342-5043 / Fax: (84) 3342-5081
 Centro de Ciências da Saúde - Hospital Universitário Onofre Lopes UFRN - Av. Cordeiro de Farias s/n Petrópolis Natal/RN - CEP. 59010180 -
 Fones: (84) 3342-5079/5027/5050- Email: irami.filho@uol.com.br depe_huol@yahoo.com.br