

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP
Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde

Tereza Cristina Alves Bezerra

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO AVALIATIVO**

Recife
2011

TEREZA CRISTINA ALVES BEZERRA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO AVALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Institucionalização da Avaliação

Orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto

Co-Orientadora: Prof.^a Maria Leopoldina Padilha Falcão

Recife
2011

TEREZA CRISTINA ALVES BEZERRA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO AVALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: _____ de _____ de 2011

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr.Paulo Sávio Angeiras de Goes
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva

Profª. Dra.Isabella Chagas Samico
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)
Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde

Profº. Dr.Eronildo Felisberto - Orientador
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)
Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde

**Para Nino, Laura, Thiago e
Francisco ...
com açúcar e com afeto.**

RESUMO

Durante a implementação do novo modelo de saúde pública no Brasil – Sistema Único de Saúde (SUS) - foi identificada a pouca disponibilidade de profissionais com formação e qualificação adequada para atuarem nesta proposta com competência, considerando a complexidade do processo saúde – doença em toda a sua dimensão. Por conseguinte, percebeu-se a necessidade de promover mudanças na formação profissional, de tal forma a aproximá-la dos conceitos e princípios que permitissem uma atenção integral e humanizada à população usuária do sistema. Esse trabalho tem como objetivo elaborar um instrumento avaliativo para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e exploratório que foi desenvolvido a partir da coordenação do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, na cidade do Recife. Aconteceu em duas fases: a primeira constituída pela construção e validação do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores através da Técnica de Consenso – Grupo Nominal e a segunda compreendida pela construção do instrumento de avaliação. O instrumento avaliativo foi formatado através de questionário estruturado, que refletiu os indicadores da matriz consensuada, transformando-os em 42 perguntas avaliativas, que seguiu o formato da escala LIKERT. A disponibilização de um instrumento avaliativo consistente e adequadamente validado, para uma proposta de pós-graduação *lato sensu*, poderá contribuir para o processo da institucionalização da avaliação em serviços e instituição de ensino e pesquisa.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

During the implementation of the new public health model in Brazil - the Unified Health System (SUS) - the limited availability of professionals with appropriate training and qualification has been identified to act with competence in this proposal, considering the complexity of the health-disease process in its full dimension. Therefore, it was realized the need to promote changes in professional training in such a way to make it closer to the concepts and principles that allow a comprehensive and human care to the system users. This study aims to develop an assessment tool for the Multiprofessional Residency Program in Health, focusing on Family Health Strategy. It is an evaluative, descriptive and exploratory study that was developed from the coordination of the Multiprofessional Residency Course in Health of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP in the city of Recife. It was carried out in two phases: the first one consisted of the construction and validation of the Logic Model and Indicators Matrix through the Consensus Technique, and the second comprised by the construction of the evaluation tool. The assessment tool has been formatted using a structured questionnaire, which reflected the agreed matrix indicators, turning them into 42 evaluative questions, which followed the format of the LIKERT scale. Providing a consistent and adequate assessment tool validated for a proposed *lato sensu* graduate may contribute to the process of institutionalization of evaluation in services and teaching and research institutions.

Key-words: Health Evaluation, Primary Health Care, Family Health Program, Human Resources Formation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária á Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CNRMP	Comissão Nacional de Residência multiprofissional
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Educação Superior
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleos de Apoio á Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PITS	Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PST	Projeto de Saúde no Território
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e qualificação do Saúde da Família
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTAS DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1	Esquema metodológico do estudo	34
Figura 2	Elementos de um Modelo Lógico	38
Quadro 1	Avaliação quantitativa dos indicadores da matriz	41
Quadro 2	Modelo Lógico	44
Quadro 3	Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	47
Gráfico 1	Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	48
Quadro 4	Indicadores da Dimensão II - Estrutura Organizacional Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	49
Gráfico 2	Indicadores da Dimensão II – Estrutura Organizacional Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	50
Quadro 5	Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	51
Gráfico 3	Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	52
Quadro 6	Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	55
Gráfico 4	Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	56
Quadro 7	Indicadores da Dimensão II – Estrutura Organizacional Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	57
Gráfico 5	Indicadores da Dimensão II – Estrutura Organizacional Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	57
Quadro 8	Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	58
Gráfico 6	Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	59
Quadro 9	Instrumento Avaliativo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	61

SUMÁRIO

1	Introdução	10
1.1	Justificativa	14
2	Referencial Teórico	16
2.1	Atenção Básica à Saúde	16
2.2	Formação de Recursos Humanos para o SUS	20
2.3	Avaliação em Saúde	28
3	Objetivos	32
3.1	Geral	32
3.2	Específicos	32
4	Método	33
4.1	Desenho do Estudo	33
4.2	Local do Estudo	35
4.3	Fase I - Construção e Validação do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores para avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)	35
4.3.1	Construção do Modelo Lógico	35
4.3.2	Coleta e análise de informações	37
4.3.3	Validação do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores	38
4.4	Fase II - Desenvolvimento de Instrumento para avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)	41
4.5	Considerações éticas	42
5	Resultados	43
5.1	Modelo Lógico	43

5.2	Matriz de Indicadores – Pré–Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	46
5.3	Matriz de Indicadores - Pós- Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	52
5.4	Instrumento Avaliativo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)	59
6	Discussão	72
7	Considerações Finais	78
8	Referências Bibliográficas	79
9	Apêndices e Anexos	80
	Apêndice A – Marco Regulatório do PRMSF	87
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
	Apêndice C – Matriz de Indicadores – Pré-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	90
	Apêndice D - Matriz de Indicadores – Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal)	95
	Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética	99

1 Introdução

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, determina que “Ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”,¹ tendo sido posteriormente regulamentada pela Lei nº 8.080/1990, no Art. 6º- Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde: III - A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.²

Esse arcabouço jurídico é reforçado com deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde (2003), que propõe a formulação de uma política de formação para os profissionais de saúde, desenvolvida pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização e residência), com financiamento público e participação do controle social.³

Com a implantação do novo modelo de atenção à saúde pública no Brasil – SUS - a atenção básica tornou-se sua instância ordenadora e trouxe para o centro das discussões em 1994 o Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da família (ESF) que tem como objetivo a reorientação do modelo assistencial de saúde. No novo modelo, da mesma forma que se mudou o centro de abordagem do indivíduo para a família, o desenvolvimento das práticas em saúde passou de ações técnicas individuais para ação integral com equipe multiprofissional. Esse trabalho compartilhado, considerado um avanço desenvolvido em algumas práticas sanitárias, tornou-se um dos principais pressupostos da ESF.⁴

No entanto, o ensino na maioria das faculdades da área de saúde ainda privilegia o modelo de saúde disciplinar, priorizando a formação especializada, sendo organizado sob a égide flexneriana e conseqüentemente de forma fragmentada e

compartimentalizada, impedindo o aluno de ter uma visão geral do paciente. Ao mesmo tempo, verifica-se a grande defasagem existente entre o que se ensina nos cursos de graduação e o que se observa na realidade dos serviços de saúde. Esse cenário é predominante, apesar de segmentos importantes das Instituições de Educação Superior (IES) terem participado ativamente da construção do SUS.^{5,6}

Durante a implantação do Programa Saúde da Família e conseqüentemente sua expansão para todo o país, destacando-se na agenda nacional de saúde como a estratégia de atenção primária, demonstrou-se ainda mais a necessidade de um novo perfil profissional, dentro de um contexto de valorização da família pelas políticas públicas, ressurgindo desse modo a reflexão sobre a atenção às famílias:

Um ponto a se destacar é esse recente foco das políticas da família, que implica considerá-la como sujeito de atenção sobre o qual se deve ter pleno conhecimento dos problemas, o que exige uma nova abordagem para os profissionais da saúde e uma interação qualificada da equipe de saúde. Afinal de que família se está falando? Quais são suas necessidades de saúde? Em que contexto se insere?⁷

Contudo, durante a implementação do novo modelo de saúde observou-se a pouca disponibilidade de profissionais com formação e qualificação adequada para atuarem nesta proposta com competência, considerando a complexidade do processo saúde – doença em toda a sua dimensão.⁸

Ao longo dos 20 anos do SUS, várias estratégias de aproximação entre as políticas de saúde e educação vêm sendo realizadas. Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) articulado com o Ministério da Educação (MEC), criaram a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem como um dos pilares a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação.^{9,6} Posteriormente essa ação conjunta entre os Ministérios foi formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 2005.¹⁰

Nos últimos anos, iniciativas de formação e qualificação de profissionais vêm sendo desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, instituições formadoras e Ministérios da Saúde e Educação, na tentativa de reverter a escassez destes agentes técnicos no mercado de trabalho com perfil capaz de promover mudanças, disponibilizando profissionais com formação tanto no ensino/serviço como no sistema de saúde adequando-os às necessidades da sociedade e à operacionalização do SUS.¹¹

Entre as atividades colocadas em prática para a mudança do perfil desses profissionais encontrou-se: Curso Introdutório em Saúde da Família; Cursos de Especialização em Saúde da Família; Pólos de Capacitação Regionais; Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde; Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde (PITS); Aprender – SUS; Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).¹²

Nesse contexto a Residência Multiprofissional em Saúde é considerada uma das principais alternativas de formação técnica para o SUS, apresentando uma perspectiva teórica e pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo não só o contato entre o trabalho e a formação, como possibilitando mudanças do modelo técnico-assistencial, devido ao seu caráter multidisciplinar e disponibilidade de espaços estratégicos para as mudanças nos cenários de formação e das práticas de saúde, ou seja, ensino-serviço, humanização da atenção e a ampliação da concepção da integralidade.^{8, 13}

Portanto, a Residência Multiprofissional possibilita uma aprendizagem em equipe dentro da realidade dos serviços de saúde, no qual o processo de trabalho pode ser

construído e reconstruído no cotidiano da ESF, articulando o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial.¹³

No ano de 2002, diante da expansão do Programa Saúde da Família, o MS financiou através de recursos do REFORSUS (Reforço à reorganização do SUS) 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, que apesar de terem formatos diversificados, se orientavam dentro da mesma perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde.⁸

No entanto, a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde surgiu oficialmente com a promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as profissões da área da saúde, tais como, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.¹⁴

Posteriormente, a Portaria Interministerial nº 506, de 24 de Abril de 2008, definiu a Residência Multiprofissional como: “ensino de pós-graduação lato-senso destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais.”¹⁵

Destaca-se que em 2006, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (médico, enfermeiros e dentistas) foi desmembrada em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde. Sendo a primeira específica para o profissional médico e a segunda para as demais categorias da saúde. Nesse mesmo ano a SGTES, apoiava 22 Programas, tendo já financiado 1.558 bolsas e investido quase 50 milhões de reais.⁸

Atualmente, a Portaria conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 1 de 24 de Fevereiro de 2010, homologou resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, selecionando 23 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.¹⁶

Salienta-se que as Residências Médicas têm sua certificação garantida, como curso de residência, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), enquanto as demais profissões da área da saúde que integram a Residência Multiprofissional têm sua certificação como um curso de especialização - apesar da carga horária cumprida e o custo serem compatíveis com a Residência Médica. Dessa maneira, percebe-se que os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde têm grandes desafios a serem alcançados, os quais aqui se destacam: conseguir a sua regulamentação, definir claramente sua inserção no SUS e buscar fontes estáveis de financiamento.⁸

Considerando a dimensão dessas questões e sendo a implantação de uma cultura avaliativa imprescindível para um real redirecionamento das políticas na área de recursos humanos para a saúde, este projeto de pesquisa foi formulado com a intenção de responder à indagação: como estão sendo desenvolvidos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família, pelas Instituições de Ensino Superior do Brasil? Entretanto, não se encontrou na literatura brasileira, instrumento avaliativo adequado para responder a tal questionamento. Assim sendo, se optou no atual estudo, pela construção de uma ferramenta avaliativa que pudesse responder a essa indagação.

1.1 Justificativa

Considerando:

- (i) a implantação da Estratégia Saúde da Família como indutora da reorganização do modelo de atenção à saúde, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde;
 - (ii) o perfil inadequado de formação dos profissionais, tanto no ensino quanto no serviço para a operacionalização da Atenção Primária à Saúde no Brasil;
 - (iii) a necessidade de oportunizar aos profissionais de saúde formação técnica adequada, de modo a desenvolverem competências para a execução e coordenação de práticas de saúde integrais no espaço de atuação da Estratégia Saúde da Família;
 - (iv) a criação de Programas de Reorientação da Formação com desenvolvimento de competências vinculado às práticas da clínica e saúde coletiva, articuladas às práticas gerenciais, seguindo os princípios que conformam a gestão do Sistema Único de Saúde;
 - (v) a possibilidade que o Campo da Avaliação propicia para a criação de espaços de reflexão e, conseqüentemente, mudanças e qualificação sobre as práticas no âmbito da saúde e da formação de seus profissionais e;
 - (vi) a necessidade de se construir capacidade avaliativa no âmbito do SUS;
- surgiu o interesse de realizar este estudo, a fim de instrumentalizar os profissionais envolvidos na gestão e gerenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, com o foco na Estratégia Saúde da Família, esperando, desse modo, contribuir para a consolidação e qualificação desse modelo de pós-graduação.

2 Referencial Teórico

2.1 Atenção Básica à Saúde

Os cuidados da atenção primária em saúde passaram a ser discutidos a partir da década de 30 nos Estados Unidos, diante da crise econômica vigente na época, tendo como objetivo reduzir custos na medicina curativa, sendo denominada de medicina preventiva, dando origem à abordagem que considerava a atenção primária como a fase inicial da atenção à saúde. “A Atenção Primária em Saúde surge, portanto, de um movimento de formação médica e só posteriormente foi remetida ao campo de competências de serviços de saúde e da organização de suas ações”.¹⁷

No entanto, apenas em 1978 durante a Conferência de Alma – Ata, a Atenção Primária em Saúde foi inserida como doutrina universal e considerada a principal estratégia para se atingir o objetivo acordado entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) /Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e líderes de vários países do mundo de “Saúde para todos no ano 2000”.¹⁸ A APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.¹⁹

A Conferência de Alma-Ata especificou os componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) como sendo educação em saúde; saneamento ambiental; Programas de saúde materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas

locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional.²⁰

Almeida e Giovanella²¹ afirmam que a denominação de Atenção Básica à Saúde corresponde ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde e que vem sofrendo inovações importantes no Brasil, desde os anos 1990, com a implantação do SUS. Em 1994, o Programa Saúde da Família surgiu como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica, tornando-se, preferencialmente, a porta de entrada do sistema de saúde local.

Em 2006, a revisão nacional e normatização da Atenção Básica culminaram com a criação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006, que define seus princípios gerais, apontando o Programa Saúde da Família como uma estratégia de mudança do modelo da atenção, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica.²²

A formulação da PNAB aconteceu a partir da agregação de diversos atores políticos, nos municípios, estados e federação, da importante colaboração de membros da academia, de profissionais de saúde, dos trabalhadores do SUS e de entidades representativas do sistema de saúde. Os eixos orientadores durante as discussões e que levaram ao documento final da PNAB se fundamentaram nos princípios doutrinários do SUS - universalidade, integralidade e equidade - num contexto de descentralização e controle social.²²

Visando à operacionalização da ESF, a PNAB define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde.²²

A PNAB define ainda que, para cada Equipe de Saúde da Família deve haver uma estrutura mínima para que a mesma funcione com autonomia junto à população adscrita recomendada, visando qualificar e humanizar a atenção prestada à saúde, bem como as competências de cada esfera de governo.

Quanto à estrutura das unidades, estabelece como itens imprescindíveis: equipe multiprofissional mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. A jornada de trabalho deverá ser de quarenta horas semanais; ter consultório médico e de enfermagem; local para arquivos e registros (Prontuário da Família); sala de cuidados básicos de enfermagem; sala de vacina; equipamentos e insumos adequados às ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, apoio diagnóstico e terapêutico.²²

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),²³ mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.²⁴

De acordo com as diretrizes do Nasf²³, cada Núcleo deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuando em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios.

A composição de cada equipe NASF deverá ser definida pelo próprio gestor municipal, através de critérios identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Vale ressaltar

que o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes da ESF.

Nos termos da Portaria nº 154/2008 ²⁴, existem duas modalidades de NASF:

NASF I - formado por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, médico (acupunturista; homeopata; ginecologista; pediatra; psiquiatra) e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes da ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.

NASF II - deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes da ESF.

O NASF atua dentro das diretrizes relativas à APS, tais como, ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF estão vinculados às ferramentas já utilizadas na realidade brasileira: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. ²³

O NASF deverá ser composto por nove áreas estratégicas, tais como, saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa

idosas; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

Uma importante questão definida pela PNAB foi quanto ao financiamento da atenção básica, devendo acontecer de maneira tripartite, onde o componente federal se expressa através do Piso da Atenção Básica (PAB), sendo formado por uma fração fixa e outra variável. Esses recursos deverão ser utilizados nas ações de atenção básica contidas nos Planos de Saúde dos municípios.²²

Destaca-se nesse estudo, a importância da atenção primária como campo adequado na formação profissional para os futuros agentes técnicos, uma vez que na comunidade, o aluno está numa posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo saúde-doença e sua visão holística, assim como a complexidade e importância da relação profissional-paciente e da longitudinalidade da atenção.⁵

2. 2 Formação de Recursos Humanos para o SUS

Com a Implantação do SUS, a questão dos recursos humanos passa a ser um dos principais desafios, tanto na formação quanto na qualificação, sendo esse desafio ainda maior quando se trata da Estratégia Saúde da Família. Essa questão tem sido motivo de preocupação para formadores, gestores e trabalhadores da saúde, motivando vários estudos e análises ao longo dos últimos anos, tornando-se cada vez mais evidente a necessidade de uma mudança na formação profissional, com o objetivo de garantir uma atenção integral à saúde da população - um dos princípios básicos do SUS.²⁵

Campos e Belisário²⁶ reforçam essa preocupação quando dizem que, um dos principais problemas com a implantação da ESF está relacionado à carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atuarem nesse novo modelo

assistencial que requer o trabalho em equipe. O despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema de saúde, de compreenderem sua gestão e a ação do controle da sociedade sobre o setor é uma constatação freqüente.²⁷

Ao mesmo tempo em que a formulação e criação do SUS propõem uma nova lógica para os processos de cuidado e produção de vida, a maioria das nossas Instituições de Ensino ainda privilegia o modelo de saúde disciplinar, desconsiderando os aspectos psicossociais e vivenciais dos problemas de saúde, que envolvem conhecimento de vida, história, política e organização do sistema de saúde. Por muitos anos, a formação na saúde reproduziu uma visão centrada nas técnicas biomédicas, impedindo o aluno de ter uma visão geral do paciente.⁸

Apesar de toda preocupação e discussão sobre o tema formação de recursos humanos, ainda não se conseguiu resolver os graves problemas existentes, na qual se destaca a qualificação inadequada para o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional. Na prática o que se vê ainda hoje são propostas de capacitação de trabalhadores para a Estratégia Saúde da Família a partir da perspectiva técnica de cada área.²⁸

É necessário modificar a atuação fragmentada e compartimentalizada para o da atuação interdisciplinar, intensificando o respeito aos princípios do SUS e alterando os perfis profissionais para alcançar a estratégia da atenção integral à saúde, de maneira que cada cidadão se sinta acolhido, protegido e atendido em suas necessidades.²⁹

O trabalho em equipe visando a interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação de profissionais, sendo importante 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 dos problemas da população.^{30, 13}

Segundo Ceccim e Bilibio²⁷, o grande desafio das IES para este milênio é formar na área da saúde profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, características estas, indispensáveis ao profissional que irá atuar na ESF.

Várias estratégias de formação e capacitação dos profissionais para trabalhar no SUS e em particular na Estratégia Saúde da Família vêm sendo realizadas em parceria com o Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Estados, Municípios e Instituições Formadoras. Entre as atividades desenvolvidas para mudança do perfil destes profissionais cita-se:

(i) Curso Introdutório - Este curso foi oferecido através dos Pólos de Capacitação, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, tendo como objetivo apresentar e discutir os princípios do SUS, e instrumentalizar as equipes antes do início das suas atividades. Esta capacitação possibilitava aos profissionais analisar junto à comunidade a situação de sua área de abrangência, os aspectos sócio-econômicos, demográficos, ambientais e sanitários (morbi-mortalidade) e fatores de risco, bem como exercitar práticas de saúde que possibilitassem a integração das ações individuais e coletivas.³¹

O treinamento introdutório deveria ocorrer preferencialmente no município para que a equipe de saúde da família pudesse vivenciar os problemas de saúde da sua própria comunidade. Esperava-se com esta ação tornar o profissional capaz de compreender os princípios e diretrizes básicas do Programa Saúde da Família, identificando os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de Saúde da Família e compreendendo as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações.³¹

(ii) Curso de Especialização em Saúde da Família - Com a implantação do

Programa Saúde da Família, em 1994, o grande desafio foi a expansão deste modelo, trazendo novamente a discussão da ausência do profissional com perfil adequado para atuação na lógica da atenção integral à saúde e práticas que contemplassem ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação. Deste modo, pensando nas alternativas para enfrentar esta situação, inclusive dos profissionais que já estavam no programa, garantindo assim melhoria nas práticas profissionais, foi formulado um curso de especialização pelas IES e Pólos de Capacitação, preferencialmente para profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros que faziam parte da equipe mínima do Saúde da Família. Esta modalidade é uma opção para modificar as práticas profissionais de forma mais rápida para atender as demandas da organização dos serviços nos moldes da Estratégia de Saúde da Família.³²

(iii) Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde – PITS - Durante a expansão do Programa Saúde da Família, algumas dificuldades surgiram, principalmente nos municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e mais distantes dos grandes centros urbanos. Devido à falta de profissionais nestes municípios a implantação da Estratégia Saúde da Família não acontecia na mesma velocidade que nos demais municípios. Para induzir os gestores a aderirem à Estratégia Saúde da Família e diminuir a ausência dos profissionais nestes municípios o MS instituiu, em caráter transitório, o Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde (PITS).³³

Este Programa foi instituído por decreto de nº 3.745, de 05 de fevereiro de 2001, e regulamentado pela Portaria nº 227, de 16 de fevereiro de 2001³⁴ e tinha como objetivo fixar médicos, enfermeiros e dentistas nos municípios mais carentes, oferecendo, além do incentivo financeiro, uma formação Profissional através de Curso Introdutório, Curso de Especialização em Saúde da Família, tutoria e supervisão continuada, além de

acesso à Internet, como meio de contato permanente com os especialistas dos serviços de referência.³³

(iv) Aprender-SUS -. Embora se tenha feito grandes debates para mudança na graduação na área da saúde, as instituições formadoras em grande número têm perpetuado modelos mais conservadores, dependentes de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico e limitado à aprendizagem no hospital universitário. Este Programa tem como objetivo reorientar as mudanças na formação profissional no âmbito do ensino de graduação ampliando assim a qualidade da atenção à saúde da população.³⁵

(v) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) – O grande número de cursos de especializações ofertados pelas IES tem sido apontado como responsável pela elevação dos custos assistenciais na área da saúde e pela má distribuição geográfica dos profissionais. Não se pretende negar a importância das especializações, mas é essencial equilibrar a relação especialista/generalista, sem diminuição da qualidade da atenção à saúde.³⁶

Com a finalidade de transformar essa realidade e não podendo depender exclusivamente de mudanças espontâneas das Instituições de Ensino, o Ministério da Saúde e da Educação criaram o Pró-Saúde, através da Portaria Interministerial nº 2.101/2005, no qual priorizavam os três cursos que integram a equipe mínima da ESF - Medicina, Enfermagem e Odontologia. O objetivo geral do Programa é a reorientação profissional, assegurando uma abordagem saúde - doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população, buscando, portanto integrar a formação de graduação e as necessidades da atenção à saúde, na direção apontada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.³⁶

(vi) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) - Programa instituído pela Portaria Ministerial MS/MEC nº 1.802/2008, que tem como objetivo estimular grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, como também a iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área. ³⁷

(vii) Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) – No Brasil existem duas modalidades de ensino de pós-graduação: o stricto-sensu e o lato-sensu. O primeiro tem como objetivo formar professores e pesquisadores, enquanto que o segundo tem contribuído para formar profissionais assistenciais e pode ser dividido em especialização, aperfeiçoamento e residência. A modalidade de formação em serviço, Residência, representa uma das estratégias potenciais para o repensar do processo de formação em saúde para o trabalhador do SUS. ⁸

Com a expansão da ESF e a ampliação da oferta de postos de trabalho de profissionais com perfil que possam atuar atendendo a clínica integrados no trabalho de equipes multiprofissionais, ficou cada vez mais evidenciado as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde, reforçando a necessidade de adequação na formação/capacitação dos profissionais para essa Estratégia. ³⁸

Campos e Aguiar ³⁹ afirmam que “dos médicos e enfermeiros que atuam em uma equipe de saúde da família”:

[...] cobra-se uma formação generalista, que deve proporcionar a capacidade de transitar com desenvoltura pelas áreas da saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. A mesma destreza deve ser garantida para o manejo de instrumentos de abordagem do coletivo e de diagnóstico da comunidade.

Diante da política de valorização do SUS houve a necessidade de melhorar a capacitação do profissional de saúde para atuar na ESF e o Ministério da Saúde, através do projeto ReforSUS, vem apoiando a Residência Multiprofissional em Saúde desde

2002 e em 2003 com a criação da SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde , tendo proposto a Residência Multiprofissional em Saúde como projeto para todo o país.⁴⁰

Considera-se que o principal objetivo da Residência em Saúde por área profissional e/ou multiprofissional é implementar a formação dos profissionais numa perspectiva teórico-pedagógica, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial da graduação com a complexidade dos determinantes que se interrelacionam na vida e nos cuidados diretos aos indivíduos e família em seu ambiente familiar e social. Leva-se assim mudanças nas práticas assistenciais de saúde, facilitando o trabalho em equipe, e as trocas de saberes, construindo um novo modelo de atenção à saúde para a população.^{41, 13}

A Residência Multiprofissional em Saúde fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção de um conhecimento ampliado de saúde, que precisa compreender os desafios de trabalhar a coletividade visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos.⁴²

Em fevereiro de 2005, o Ministério da Saúde publicou a Medida Provisória de nº 238/2005, como etapa fundamental para garantir a regulamentação da Residência em Área da Saúde, para todas as profissões excetuando a categoria médica.⁴³

Em junho de 2005 essa Medida Provisória foi convertida na Lei nº 11.129/05¹⁴ que instituiu a Residência em Área multiprofissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato-sensu, destinada em seu artigo 13, às outras categorias profissionais que integram a área de saúde excetuando-se a médica e no artigo 14 lê-se: “fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e

funcionamento foram disciplinados em ato conjunto dos Ministros do Estado da Educação e da Saúde”

Em novembro de 2005, o Ministério da Saúde regulamenta esta lei publicando a Portaria Interministerial nº 2.117/05 do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituindo a Residência Multiprofissional em Saúde garantindo assim o desenvolvimento dos programas de residência destinados conjuntamente aos profissionais que integram a área da saúde, excetuando-se a médica.⁴⁴

Em dezembro de 2005 o Ministério da Saúde através da SGTES juntamente com o Ministério da Educação, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Comissão Nacional de Residência Médica realizou em Brasília o primeiro Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde que teve como objetivo iniciar as discussões sobre este modelo de aprendizagem.⁴⁵

No ano de 2007 o Ministério da Saúde publicou a Portaria Interministerial de nº 45/07 que dispõe sobre a carga horária da Residência Multiprofissional em Saúde que compreende entre 40 e 60 horas semanais e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.⁴⁶

A CNRMS foi nomeada em julho de 2007 através da Portaria nº 698/07⁴⁷ com representações de diversos setores: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de saúde, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde, Fórum Nacional dos Trabalhadores da Área de Saúde, Fórum Nacional de Entidades dos Profissionais de Saúde, coordenadores do Programa de Residência, Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais de Saúde, e outras instituições de ensino.

Em novembro de 2009 é publicada a portaria interministerial de nº 1.077 ⁴⁸ na qual, pela primeira vez o Ministério da Saúde determina os eixos norteadores da residência multiprofissional em saúde, estando em vigor até o momento.

2.3 Avaliação em Saúde

Os economistas, pioneiros na prática da avaliação de programas públicos, desenvolveram métodos de análise para atender as necessidades dos Estados de verificar as vantagens e custos desses programas. “O hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas, tornou-se freqüente após a II Guerra Mundial nos países centrais do capitalismo, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem estar social.” ⁴⁹

A avaliação tem servido como instrumento de gestão relevante e que teve como suas primeiras finalidades, determinar a validade de programas, projetos ou ações, em relação a sua capacidade de produzir os resultados esperados. ⁴⁹

Sabe-se que vários esforços vêm sendo desenvolvidos pelo país nos últimos anos, na direção de institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de aplicar racionalidade às intervenções setoriais. ⁵⁰

O conceito de avaliação sendo polissêmico exige uma explicitação teórica e metodológica, e destaca-se uma das suas perspectivas, enquanto rede de relações entre agentes e instituições, a busca da ampliação desse conceito de avaliação para além da dimensão racional da ação ou aquela que a situa meramente no uso instrumental dos resultados. Desse modo, propõe-se a substituição do conceito de "intervenção" pelo de "práticas sociais", sendo as práticas de saúde uma de suas modalidades. ⁵¹

Para Hartz e Vieira-da-Silva ⁵¹ a definição de avaliação como "julgamento" pode variar "desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo

(...) até uma análise que envolva o significado do fenômeno". As autoras afirmam que a concepção ampliada de avaliação desdobra-se na tentativa de superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas *versus* quantitativas, sob o argumento de que o importante no processo de investigação "é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo".

A gestão pública tem como uma de suas competências a avaliação de serviços que a auxilia no processo de torná-la um movimento mais racional, se constituindo uma via para ofertar ações e serviços que possam beneficiar o maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis. Para que o processo avaliativo seja realmente efetivo e não se torne apenas uma medida racionalizadora de recursos, será necessário que se tenha sempre em mente que a avaliação deverá ser feita tendo como beneficiário final o cliente/usuário do serviço/ programa e não exclusivamente quem solicitou a avaliação.⁵²

Para se alcançar objetivos mais compreensivos, a avaliação exige a utilização de conceitos e técnicas abrangentes e mais adequadas ao que será avaliado e não a adoção de modelos pré-estabelecidos e rígidos. Esta característica peculiar faz com que a avaliação se torne um campo de trabalho para a aplicação transdisciplinar dos conhecimentos existentes em áreas como a de Epidemiologia, Administração, Estatística, Ciências Sociais, entre outras.⁵²

No que se refere à avaliação de programas duas considerações devem ser levadas em conta: que não há recursos suficientes para se fazer tudo que se precisa ser feito e que mesmo existindo tais recursos, é necessário mais do que dinheiro para solucionar os problemas humanos e sociais. Nesse sentido, recomenda-se um conhecimento prévio das prioridades, para então, partir para uma avaliação.⁵³

Felisberto ⁵⁴ concorda que diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm ocorrendo de forma progressiva no Brasil. Apesar disso, considera os avanços, na maior parte dos casos, em eventos pontuais, através de pesquisas específicas, estudos de casos ou produção sistemática de dados sem a equivalente regularidade de análise, orientada para as necessidades da gestão.

Nesse contexto, o MS, reconhecendo a importância do componente avaliativo na trajetória de construção de uma política de saúde e do papel do gestor federal na indução desse processo, através da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA), desenvolveu múltiplas ações voltadas para a institucionalização da avaliação nesse âmbito da atenção. Essas iniciativas visaram apoiar o processo de tomada de decisão, prestar contas à sociedade e produzir conhecimento. Destacou-se, entre as ações da Política Nacional de Avaliação: Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica; Reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Monitoramento do Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (PROESF); Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). ⁵⁰

A institucionalização da avaliação a partir do processo de indução pelo gestor federal, estadual e municipal, através da estratégia denominada de “aculturamento” da avaliação, consiste, em grande parte, na inclusão da avaliação na rotina da atenção básica, que, por sua vez, é considerada ação norteadora da política de saúde brasileira. ⁵⁴

Em conclusão cabe afirmar que o cuidado pelo bom desempenho e melhor qualidade das práticas profissionais deveria ser uma preocupação permanente de cada trabalhador. Infelizmente, isso nem sempre acontece, porém a satisfação com o que se faz parece compor um atributo intrínseco ao ser humano: “[...] queremos crer que o

interesse de avaliar sua própria prática é algo que, se minimamente despertado, pode transformar o fazer, fortalecendo a dedicação e a vontade de acertar inerente àqueles que no seu cotidiano dedicam-se à função pública”.⁵⁴

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar instrumento avaliativo para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, considerando os princípios e as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

3.2 Objetivos Específicos:

Construir e validar o modelo lógico e a matriz de indicadores para avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família.

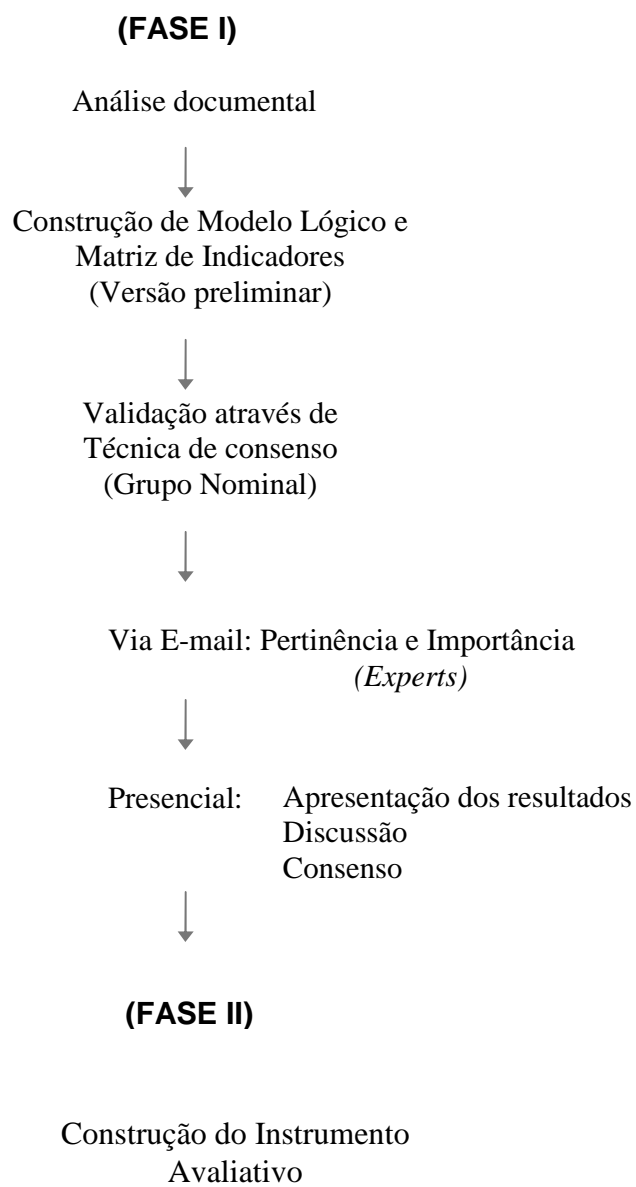
Desenvolver um instrumento de avaliação para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

O modelo utilizado nesse estudo foi do tipo avaliativo, descritivo e exploratório, com vistas ao desenvolvimento de um instrumento de avaliação. O estudo foi desenvolvido em duas fases, a fase I foi constituída pela construção e validação do modelo lógico e de matriz de indicadores para avaliação das Residências Multiprofissionais em Saúde com foco na Estratégia Saúde da Família e a fase II foi constituída pela elaboração do instrumento de avaliação propriamente dito, conforme figura 1.

FIGURA 1 Esquema Metodológico do Estudo



4.2 Local do Estudo

A investigação foi desenvolvida no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), a partir do Núcleo Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, o qual é vinculado à Diretoria de Ensino.

O IMIP é uma entidade filantrópica, situada no bairro dos Coelhos, no município do Recife, Pernambuco, que atua nas áreas de assistência, ensino e na produção do conhecimento científico, sendo reconhecida como uma das mais importantes instituições do País.

Destaca-se nesse estudo, a Diretoria de Ensino do IMIP, que conta com uma moderna sede e ampla infra-estrutura. Saliente-se o seu Núcleo Coordenador do PRMS, o qual é constituído por mestres e doutores das diversas categorias profissionais da área da saúde, apresentando uma vasta experiência na área da Atenção Primária à Saúde.

4.3 Fase I - Construção e Validação do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores para Avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)

4.3.1 Construção de Modelo Lógico

Construir um modelo lógico é uma importante etapa no planejamento de uma avaliação, pois permite a explicitação clara dos pressupostos que orientam sua formulação. Segundo Medina et al. ⁵⁵, o modelo lógico consiste em uma representação esquemática dos componentes e da forma de operacionalização do programa, considerando a seqüência lógica dos eventos. Para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa. ⁵⁶

Dessa forma, a apresentação e discussão do modelo lógico permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados, além de otimizar o tempo disponível, os recursos destinados ao estudo e a definição dos indicadores a serem utilizados. O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos gerentes e demais grupos implicados, seja explicitada através da busca da opinião de especialistas e inclusão de informações de pesquisas, levando-se a uma maior possibilidade de construção de acordos em relação aos componentes do programa e aos resultados da avaliação.⁵⁵

O modelo lógico de um programa deve explicitar como o programa idealmente funciona⁵⁶ e descortinar quais os limites ou debilidades de seus pressupostos, possibilitando identificar onde melhores evidências devem ser buscadas. É necessário mostrar consciência da complexidade da situação e compreensão de outros fatores que jogam papel importante na produção dos resultados (esperados e não-esperados), indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar que o programa em questão promoveu uma significativa contribuição para os mesmos.⁵⁷ Em geral, a construção de um modelo lógico é uma nova forma de pensar um programa, assim é importante usar linguagem simples para facilitar o entendimento por todos.⁵⁸

Segundo Medina et.al.⁵⁵, construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais. Em um modelo lógico de um programa devem constar:

- a) Os componentes – essenciais e secundários – do programa;

- b) Os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução dos seus componentes;
- c) Os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços.

4.3.2 Coleta e Análise de Informações

a) Análise documental

Nessa etapa foram selecionados e analisados documentos e recomendações oficiais, tais como portarias, leis, relatórios, normas técnicas (Apêndice A), referentes à implantação e ao financiamento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na ESF, que fossem úteis para a montagem do modelo lógico e matriz de indicadores.

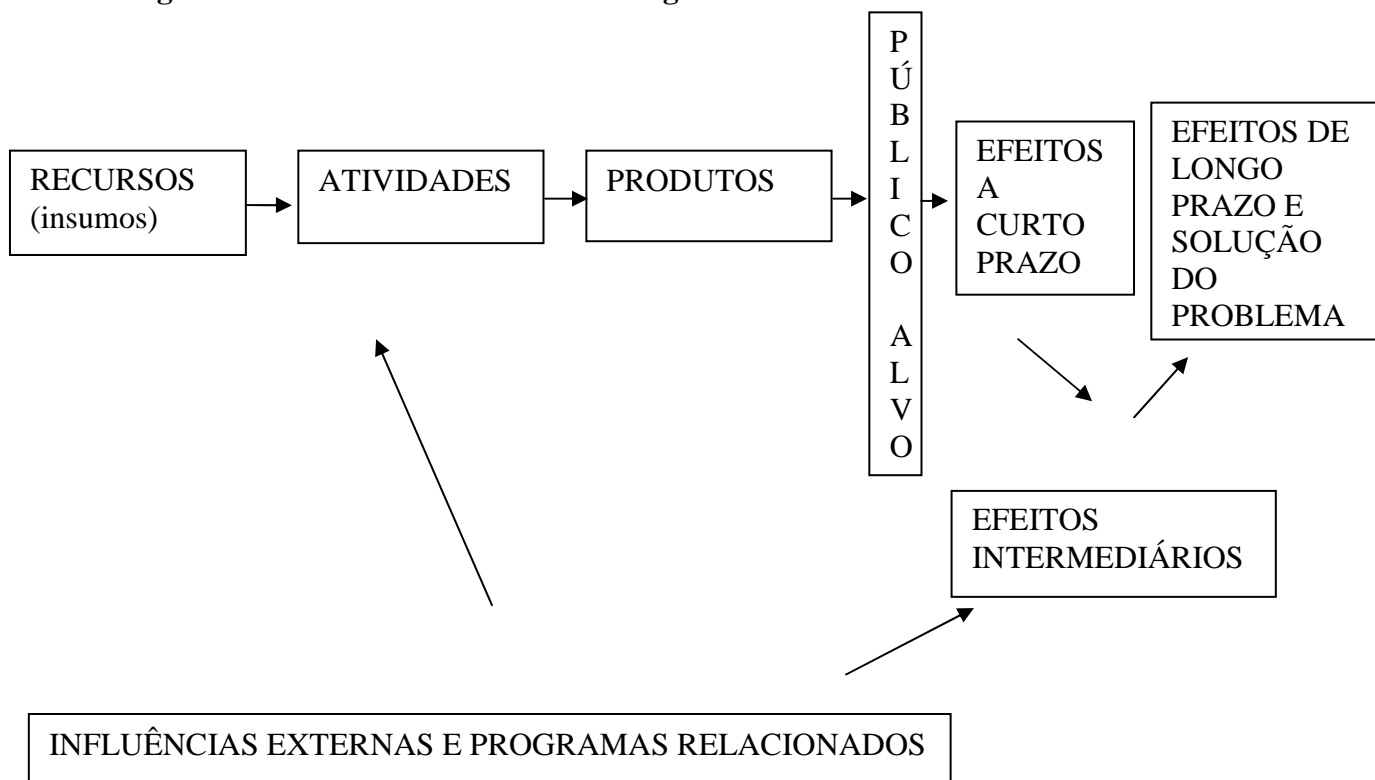
b) Sistematização das informações coletadas

Na análise dos documentos foram extraídas as seguintes informações: problemas, possíveis causas e conseqüências do problema, objetivo esperado da RMS, público-alvo, recursos, operações, ações, produtos, resultados e fatores relevantes do contexto. Todas essas informações foram agregadas na planilha preliminar de montagem do modelo lógico.

A planilha preliminar do modelo lógico foi construída utilizando basicamente a estrutura contida na Figura 2.

Construiu-se, a partir do modelo lógico inicialmente criado, uma matriz de indicadores, que é uma forma de expressar o modelo lógico, que, diferentemente dos diagramas, preza pela explicitação de indicadores de estrutura, processo e resultados contidos em cada componente da intervenção.⁵⁹

Figura 2 - Elementos de um Modelo Lógico



Fonte: Jordan; McLaughlin (1999)

4.3.3 Validação do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores

Um processo de validação bem definido e documentado fornece evidência objetiva de que o método proposto é adequado ao uso pretendido. É recomendado que o planejamento e execução da validação sigam uma metodologia aceita. Nesse estudo para a validação do modelo lógico e matriz de indicadores foi utilizada uma técnica de Consenso – Grupo Nominal.^{60, 61}

A Técnica de Grupo Nominal é uma técnica de pensamento divergente - convergente para a produção individual e silenciosa de ideias, para discussão e

esclarecimento em grupo, bem como para priorização das ideias por meio de votação independente. As técnicas de consenso objetivam, dentre outras, sintetizar informação que permita obter consensos sobre critérios, programas de formação, medidas de melhoria e chegar a acordos. Consiste em reunir um grupo de especialistas – “*experts*” – em um assunto, tema ou problema na busca de opiniões consolidadas e firmes, priorizando o acordo com criatividade, síntese, numa atitude geradora de ideias (o número de especialistas preconizado é de 09 a 12 pessoas).⁶⁰ O Grupo Nominal é uma técnica de tomada de decisões em grupo cuja característica fundamental é o fato dos elementos do grupo, apesar de frente a frente em reunião, apresentarem as suas opiniões de forma sistemática e totalmente independente.⁶²

Os grupos nominais permitem uma ampla participação entre integrantes, contribuindo não só para a troca de informações, mas também para o amadurecimento de opiniões fundamentadas na crítica e na sistematização de ideias, facilitando a tomada de decisão com base no consenso grupal.^{56, 62}

Conforme preconizado por Jones e Hunter⁶⁰ a validação dos instrumentos desenvolvidos pelo presente estudo aconteceu em duas rodadas. Na primeira rodada foi enviada, via digital, a versão preliminar do modelo lógico e matriz de indicadores aos *experts*, para a votação inicial. Nessa versão, se encontravam os indicadores de estrutura e processo. A segunda rodada aconteceu em uma reunião presencial, na qual todos os convidados estavam presentes.

Foram convidados onze especialistas para participarem da reunião de consenso, envolvidos com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e com estratégias formativas do SUS. Entre os que foram convidados e aceitaram participar das duas fases do estudo estavam um gestor municipal, um coordenador acadêmico, dois preceptores municipais, um gestor estadual, um aluno da residência multiprofissional, um egresso da

residência multiprofissional em saúde e três tutores. O grupo se caracterizou pela multiprofissionalidade, sendo composto por médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, enfermeira, psicólogo e cirurgiã-dentista. Entre os que foram convidados e que não aceitaram estava o representante do nível federal.

Na reunião presencial, após a apresentação pelo pesquisador do modelo lógico e do consolidado da votação inicial da matriz de indicadores, a sequência do processo de trabalho foi a seguinte:

1. Realizou-se uma rodada de discussão sobre as respostas colocadas pelos participantes, indicador por indicador, na qual cada *expert* verbalizou sua opinião ao grupo, afim de que fossem clarificadas e avaliadas;

2. Cada especialista do grupo, silenciosamente e de forma independente, revisou a sua avaliação inicial e votou presencialmente, acerca das suas ideias sobre o modelo lógico e matriz de indicadores propostos, avaliando em termos qualitativos, onde cada um dos indicadores é avaliado de acordo com a sua pertinência e importância como **indispensável, necessário, ou dispensável**; e em termos quantitativos os mesmos indicadores foram avaliados com a nota de 0 a 6 conforme o **quadro1**:

Quadro 1 - Avaliação quantitativa dos indicadores da matriz

MEDIANA	VALORES	CLASSIFICAÇÃO
ADEQUADA	4 a 6	Importante Muito Importante Importantíssimo
INTERMEDIÁRIA	3	Média Importância
BAIXA	0 a 2	Sem Importância Quase sem importância Pouca Importância

3. Foi tomada a decisão final, que foi determinada a partir das respostas mais votadas, que passaram a constituir o consenso do grupo.

4.4 Fase II - Desenvolvimento de Instrumento para Avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)

O instrumento de avaliação foi desenvolvido após a validação do modelo lógico e da matriz de indicadores. Os indicadores resultantes do consenso foram reagrupados nas três dimensões: dimensão de gestão, dimensão de estrutura organizacional e dimensão de processo político pedagógico.⁶³ Posteriormente foi elaborado um questionário estruturado que refletiu os indicadores da matriz consensuada, transformando-os em perguntas avaliativas, que seguiu predominantemente o formato da escala Likert.^{64, 65}

O instrumento para avaliação dos PRMSF constituiu-se em 42 questões, sendo 39 do tipo Likert (com cinco itens de respostas, sendo um item de neutralidade), duas do tipo índice – dicotômica (questões 05 e 13) e uma de múltipla escolha (questão 34) para

validação cruzada das respostas. A apuração deste instrumento se fará a partir da multiplicação do número de questões tipo Likert pelo valor do item na escala (01 a 05), ou seja, avaliação = 39 X 5 = 195, variando numa amplitude de 39 a 195.

A interpretação dos resultados será dada a partir dos seguintes parâmetros: os Programas que atingirem escores iguais ou superiores a 136, ou seja, obtiverem 70% das respostas do escore máximo serão considerados implantados; entre 136 e 98 serão considerados parcialmente implantados, correspondendo à faixa de 50% a 70% do escore máximo das questões, e abaixo de 98 serão considerados não implantados, correspondendo a uma faixa abaixo de 50% das questões.

Esse instrumento deverá permitir compreender os interesses e conflitos que vão impactar sobre os resultados que são obtidos através de uma determinada atividade. Possibilita, por consequência, uma visão ampla da situação avaliada e poderá subsidiar futuras intervenções. ⁶⁶

4.5 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira sob o nº 2155-11, (Anexo A), de acordo com as recomendações da resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Foi solicitado aos participantes do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice B).

5 RESULTADOS

Ao se considerar o **Modelo Lógico** elaborado a partir da análise documental e consequentemente a construção da **Matriz de Indicadores** nos seus dois estágios, ou seja, pré e pós-reunião de consenso, procurou-se estabelecer indicadores que refletissem os principais elementos avaliativos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família.

Para conferir organização ao **Instrumento Avaliativo** desenvolvido tratou-se de organizá-lo em três dimensões: Gestão do Programa, Estrutura Organizacional e Processo Político Pedagógico.

5.1 Modelo Lógico

O Modelo Lógico (**Quadro 2**) está estruturado em três dimensões: Gestão do Programa, Estrutura Organizacional e Projeto Político Pedagógico. De forma esquemática estão apresentados para cada dimensão, os aspectos considerados essenciais nas atividades, produtos e resultado final para o desenvolvimento adequado na formação de profissionais da saúde, evidenciando-se a interdependência entre os processos e os fatores contextuais de cada especialidade.

A dimensão Gestão do Programa é composta por atividades cujos principais produtos remetem a implantação e acompanhamento do PRMSF com a construção do Projeto Político Pedagógico, Escolaridade e Secretaria Acadêmica. A dimensão Estrutura Organizacional com as subdivisões Física, Humana e Financeira caracterizam-se por funções gerenciais com responsabilidade administrativas do Programa.

Por último é descrita a dimensão relativa ao Processo Político Pedagógico composta pelas subdivisões Vivência Teórica, Vivência Prática e Avaliação; entendidas como eixo principal da intervenção na formação e construção de competências multi e específicas dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODELO LÓGICO**

Problema / Necessidade: Perfil de profissionais de saúde inadequados para atuarem na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Geral: Formar profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família na orientação dos princípios e diretrizes do SUS

DIMENSÃO	ATIVIDADES		PRODUTOS	RESULTADO FINAL
GESTÃO DO PROGRAMA	Revisão dos documentos normativos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) a nível federal (MS/MEC); Reunião/discussão do corpo docente do PRMS e instituições parceiras; Concessão de anuência pelos municípios parceiros do PRMS; Vinculação do PRMS a uma Instituição de Ensino Superior (IES);		Projeto Político Pedagógico Construído e Aprovado	PROFISSIONAIS QUALIFICADOS PARA O SAÚDE DA FAMÍLIA
	Seleção dos candidatos ao PRMS; Reprodução de material Didático; Divulgação sistemática de notas; Emissão de frequências, certificados e declarações; Utilização do Sistema de Informação Gerencial dos Programas de Residência - MEC (Sigresidência) para acompanhamento do PRMS		Escolaridade Acadêmica Implantada.	
	Identificação e contratação do supervisor do PRMS; Elaboração do regimento interno da Residência Multiprofissional em Saúde; Implantação e participação na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) Identificação dos tutores/preceptores e suas respectivas responsabilidades; Definição do número de bolsas/categorias para alunos do programa; Monitoramento de pagamentos de bolsas dos residentes; Acompanhamento dos egressos do PRMS; Apresentação de Relatório final das atividades do Biênio do PRMS		Secretaria Acadêmica Implantada	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	FÍSICA	Biblioteca com acervo apropriado; Salas de aula; Auditórios; Ambulatórios clínicos por especialidades; Laboratório de informática; Recursos áudio-visuais; Monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde de ensino.	Provimento de Infra-Estrutura e apoio Logístico Físico	PROFISSIONAIS QUALIFICADOS PARA O SAÚDE DA FAMÍLIA
	HUMANA	Quantitativo adequado de apoio técnico; Número de preceptores e tutores com qualificação adequada; Supervisores do Programa;	Preceptores Qualificados atuando sob Supervisão	
	FINANCEIRA	Identificação da fonte pagadora do PRMS; Pagamento das bolsas de Residentes; Definição do financiamento de bolsas para pagamento de preceptores/tutores.	Sustentabilidade Financeira Garantida	

PROCESSO POLÍTICO PEDAGÓGICO	VIVÊNCIA TEÓRICA	Formação e capacitação de tutores/preceptores (Educação permanente); Coerência pedagógica entre o Projeto do Programa de Residência e as disciplinas oferecidas; Construção de competências MULTI e ESPECÍFICAS para docentes e residentes; Construção de habilidades MULTI e ESPECÍFICAS para docentes e residentes.	Estabelecimento do Marco Teórico voltado para a Estratégia Saúde da Família
	VIVÊNCIA PRÁTICA	Articulação entre os serviços (cenário de práticas) e conteúdo teórico. Diversificação das atividades Didáticas.	Competência e habilidades consolidadas para atuação no Saúde da Família
	AValiação	Modelos de avaliação adotados: Formativo Somativo	Modelo de Avaliação Implantado

5.2 Matriz de Indicadores – Pré – Reunião de Consenso (Grupo Nominal)

A análise da matriz de Indicadores realizada pelos participantes no momento anterior ao presencial - Pré- Reunião de Consenso (Grupo Nominal) (Apêndice C) - revelou que a grande maioria dos indicadores é compatível com o Modelo Lógico proposto e atenderam aos objetivos da avaliação, haja vista que não aconteceram grandes alterações na matriz.

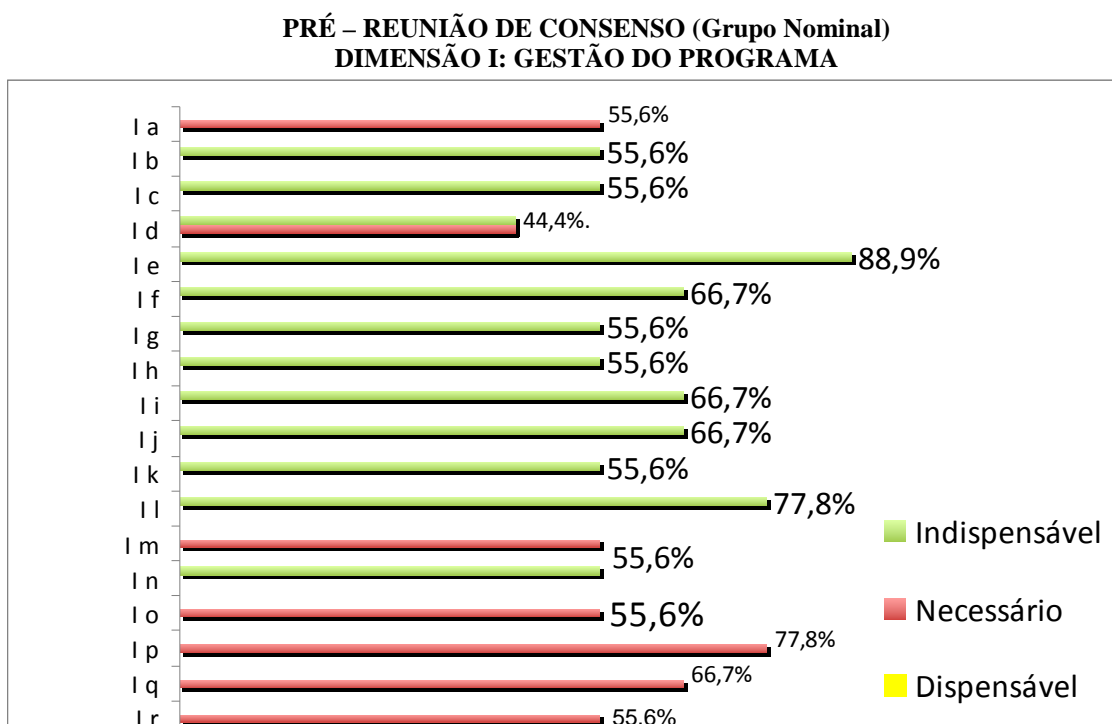
Na **dimensão I**– Gestão do Programa - o indicador que apresentou o maior percentual de consenso na avaliação quantitativa, ou seja, recebeu a nota máxima 6 (88,9%), foi o indicador I-e: Seleção pública dos candidatos ao PRMPSF e quanto ao indicador de menor percentual de consenso, não se encontrou uma concentração em nenhum deles (**Quadro 3 e Gráfico 1**).

Quanto à avaliação qualitativa, na Dimensão I, o indicador que apresentou o maior percentual de consenso, ou seja, considerado indispensável (88,9%), foi o I- e: Seleção pública dos candidatos ao PRMPSF e o de menor consenso, ou seja, considerado necessário, foi o indicador I-d: Vinculação do PRMPSF a uma Instituição de ensino superior (IES) (**Quadro 3 e Gráfico 1**).

Quadro 3 - Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa (Pré-Reunião de Consenso – Grupo Nominal)

INDICADORES
I - a Revisão de documentos normativos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) a nível nacional.
I - b Discussão com o corpo docente e Instituições parceiras do PRMSF.
I - c Concessão de Carta de Anuência dos municípios parceiros do PRMSF.
I - d Vinculação do PRMSF a uma Instituição de Ensino Superior (IES).
I - e Seleção pública dos candidatos ao PRMSF.
I - f Divulgação sistemática de notas dos residentes do PRMSF.
I - g Reprodução de material didático do PRMSF.
I - h Emissão de frequências, certificados e declarações dos residentes do PRMSF.
I - i Utilização do Sistema de Informação Gerencial dos Programas de Residências - MEC (Sigresidência) para acompanhamento do PRMSF.
I - j Identificação e contratação de supervisor com qualificação e experiência para o PRMSF.
I - k Elaboração, aprovação e seguimento sistemático do regimento interno do PRMSF.
I - l Identificação e contratação de tutores e preceptores qualificados e com experiência para o PRMSF.
I - m Composição de corpo docente permanente do PRMSF.
I - n Definição do número de vagas do PRMSF por categoria profissional.
I - o Monitoramento do pagamento de bolsas dos residentes do PRMSF.
I - p Implantação e participação permanente na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).
I - q Acompanhamento dos residentes egressos do PRMSF.
I - r Apresentação de relatório final de atividades do biênio do PRMSF.

Gráfico 1 - Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa (Pré-Reunião de Consenso – Grupo Nominal). Avaliação Qualitativa



Na **dimensão II** - Estrutura organizacional - os indicadores que apresentaram o maior percentual de consenso na avaliação quantitativa foram II-b: existência de salas de aula e auditórios e II-f: existência de equipe de apoio logístico aos docentes e residentes do PRMPSF, ambos com 55,6% de votação. Quanto ao de menor percentual, novamente não se encontrou uma concentração em nenhum indicador em especial

(Quadro 4 e Gráfico 2).

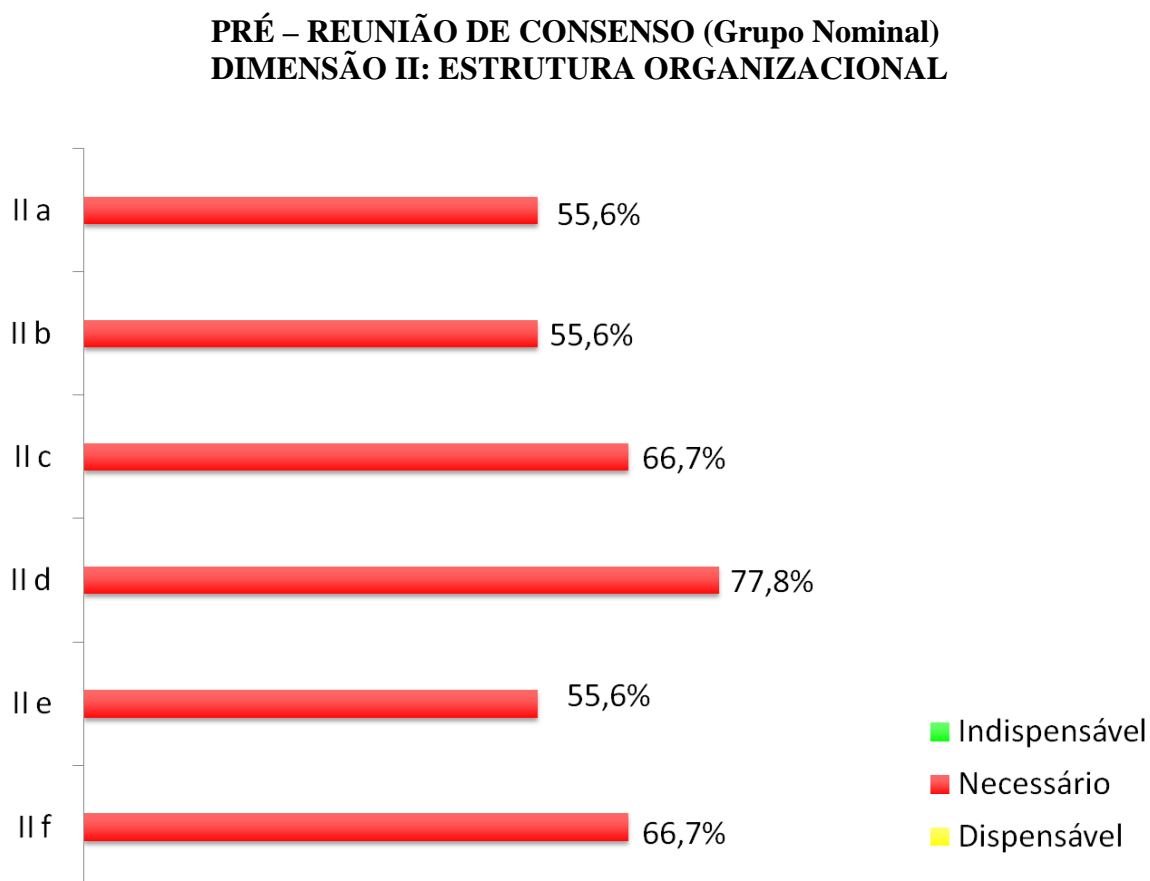
Em relação a avaliação qualitativa, o de maior percentual de consenso foi II-d: existência de laboratório de informática e equipamentos áudio-visual, ou seja, considerado necessário (77,8%). Os indicadores de menor percentual de consenso foram os indicadores II-a: existência de biblioteca com acervo apropriado, II-b; Existência de salas de aula e

auditórios e II-e: monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das unidades Básicas de Saúde, todos considerados necessários, com 55,6% (**Quadro 4 e Gráfico 2**).

Quadro 4 – Indicadores da Dimensão II - Estrutura Organizacional (Pré – Reunião de Consenso – Grupo Nominal)

INDICADORES
II - a Existência de biblioteca com acervo apropriado.
II - b Existência de salas de aula e auditórios.
II - c Existência de ambulatórios, ofertados por especialidades, para as atividades práticas do PRMSF.
II- d Existência de laboratório de informática e equipamentos áudio-visuais.
II - e Monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde de ensino.
II - f Existência de equipe de apoio logístico aos docentes e residentes do PRMSF.

Gráfico 2 – Indicadores da Dimensão II – Estrutura Organizacional (Pré-Reunião de Consenso – Grupo Nominal). Avaliação Qualitativa



Na **dimensão III** – Processo Político Pedagógico - os indicadores que apresentaram maior percentual de consenso na avaliação quantitativa foram III a: Oferta de educação permanente para tutores e preceptores do PRMSF e III e: Articulação entre cenário de práticas e conteúdo técnico, ambos com 77,8%. Houve um equilíbrio em relação ao menor percentual de consenso entre os demais indicadores dessa dimensão (**Quadro 5 e Gráfico 3**).

Quanto à avaliação qualitativa os indicadores com o maior percentual de consenso foram III- a: oferta de educação permanente para tutores e preceptores do PRMSF e III-e:

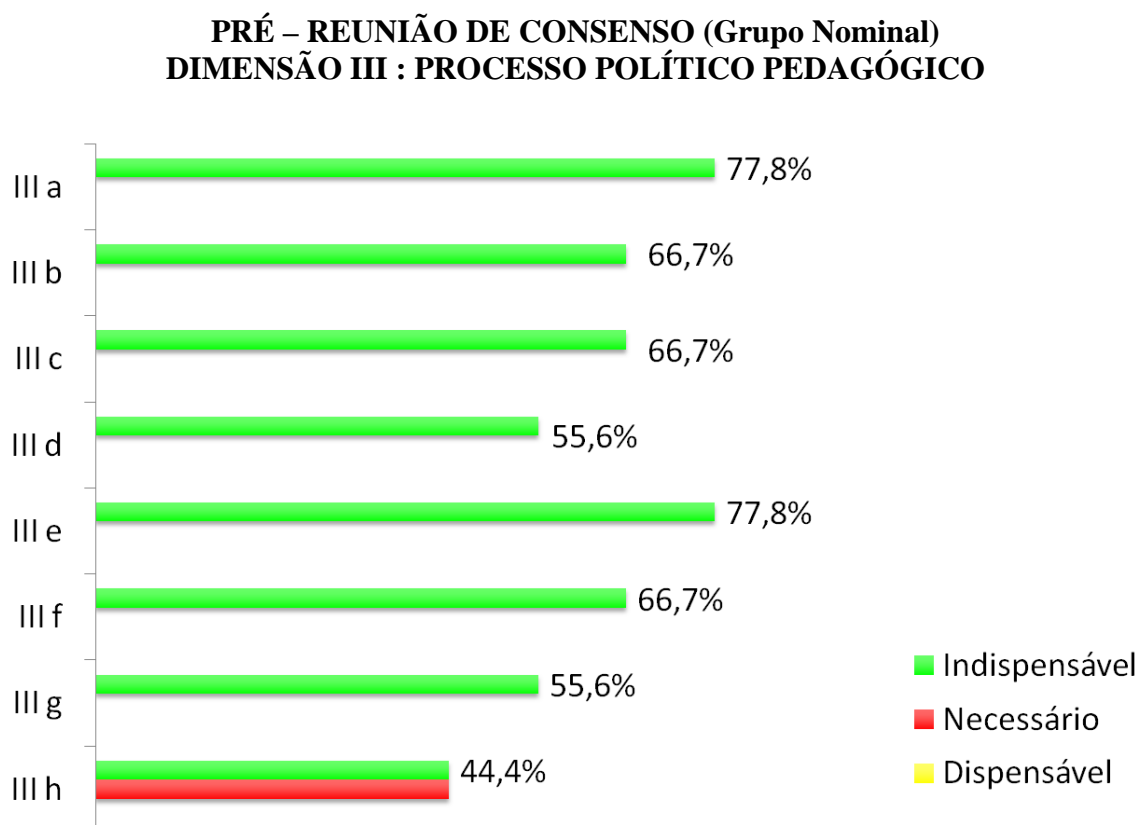
articulação entre cenários de práticas e conteúdo técnico, ambos considerados indispensáveis (77,8%). O de menor percentual de consenso o indicador III- h: utilização de avaliação somativa (uso de portfólio), considerado indispensável e necessário por 44,4% cada indicador (**Quadro 5 e Gráfico 3**).

Quadro 5 – Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico (Pré – Reunião de Consenso – Grupo Nominal)

INDICADORES
III - a Oferta de educação permanente para tutores e preceptores do PRMSF.
III - b Coerência pedagógica entre o Projeto Pedagógico do PRMSF e as disciplinas ofertadas.
III - c Construção de habilidades e competências Multiprofissionais para docentes e residentes do PRMSF.
III - d Construção de habilidades e competências específicas, por categoria profissional, para docentes e residentes do PRMSF.
III - e Articulação entre cenário de práticas e conteúdo técnico.
III - f Diversificação das atividades didáticas tais como aula de campo, projeto terapêutico singular, casos clínicos e familiares *
III - g Utilização de avaliação processual formativa das atividades dos residentes
III - h Utilização de avaliação somativa (uso de portfólio)

* Utilização de metodologia problematizadora como eixo do aprendizado

Gráfico 3 – Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico (Pré – Reunião de Consenso – Grupo Nominal). Avaliação Qualitativa



5.3 Matriz de Indicadores - Pós-Reunião de Consenso (Grupo Nominal).

Durante a Reunião de Consenso, os 10 atores envolvidos no processo avaliativo puderam interagir, debater e reavaliar as suas respostas da Matriz de Indicadores da Pré-Conferência. O debate presencial contribuiu efetivamente para o aperfeiçoamento dos indicadores da Matriz inicial.

Todos os indicadores foram considerados de acordo com sua relevância em cada uma das três dimensões, e alguns foram reformulados, excluídos ou incluídos (**Apêndice D**). Na **dimensão I**, dos 18 indicadores originais da matriz pré-conferência - nove

indicadores tiveram seu texto reformulado, um indicador novo foi incluído e oito indicadores mantidos.

Dos nove indicadores que tiveram sua redação reformulada, sete indicadores não tiveram o conteúdo da sua capacidade avaliativa modificada, tendo melhorado apenas seu entendimento semântico. Porém, em dois indicadores que tiveram seu texto modificado ocorreram alteração da sua capacidade avaliativa original a fim de torná-los mais abrangentes.

O grupo de consenso propôs a inclusão de um novo indicador relacionado à integração dos Programas Multiprofissional com a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Na **dimensão II**, o grupo expressou o maior consenso entre as proposições, reformulando a redação de apenas dois indicadores, não alterando sua capacidade avaliativa.

Na **dimensão III**, dos oito indicadores originais – pré-reunião de consenso (Grupo Nominal) - cinco foram reformulados e tiveram alteração da sua capacidade avaliativa original, tornando-os mais abrangentes.

Um novo indicador foi proposto quanto à inserção dos residentes do PRMPS em unidades de saúde de ensino que recebem alunos da graduação.

Destaca-se ainda que o indicador da matriz original III-e: Articulação entre cenários de práticas e conteúdo teórico foi considerado pelo grupo de especialistas, já contemplado no indicador III – b: articulação entre o Projeto Político Pedagógico do Programa e os conteúdos trabalhados - teóricos e práticos.

O grupo fez ainda sugestões de como os indicadores deveriam ser operacionalizados no instrumento de avaliação a ser construído.

A seguir, aborda-se com mais detalhes os resultados das Dimensões I, II e III:

Na dimensão I – Gestão do Programa - os indicadores que apresentaram o maior percentual de consenso na avaliação quantitativa, ou seja, receberam a nota máxima 6 (100,0%) foram I-e: Seleção Pública dos candidatos ao PRMPS e I-m: Identificação de tutores e preceptores qualificados e com experiência para o PRMSF, a partir dos critérios definidos na portaria 1.111/GM de 05 de julho de 2005 ⁶⁷ . Quanto aos indicadores de menor percentual houve uma distribuição equilibrada de votação.

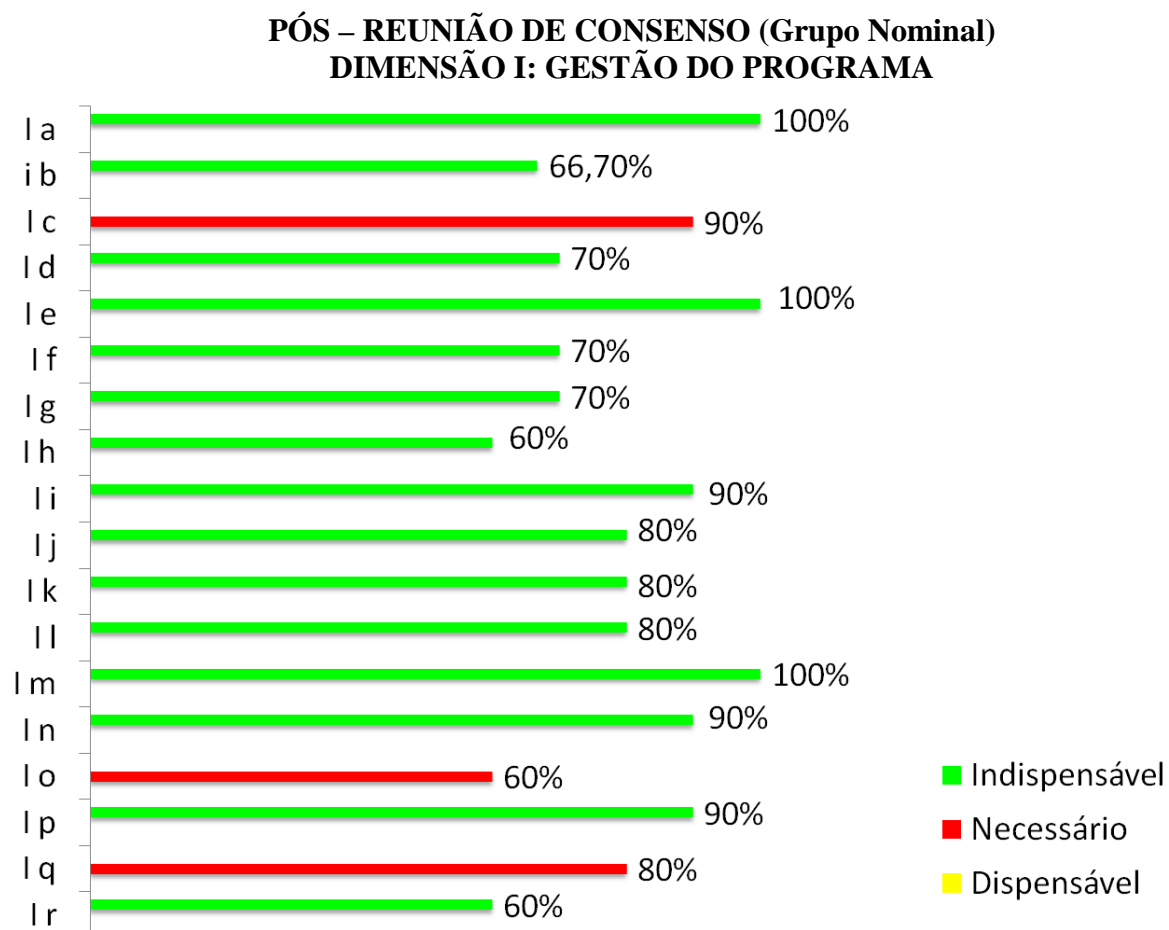
Em relação à avaliação qualitativa, os indicadores mais consensuados foram o I-a: a consulta de documentos normativos do PRMSF a nível nacional, para possíveis adequações, I-e: Seleção Pública dos candidatos ao PRMSF e o I-m :Identificação de tutores e preceptores qualificados e com experiência, a partir dos critérios definidos na portaria 1.111 de 05 de julho de 2005. Quanto ao de menor percentual votado, não se encontrou uma concentração em nenhum indicador (**Quadro 6 e Gráfico 4**).

Quadro 6 – Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa (Pós – Reunião de Consenso – Grupo Nominal).

INDICADORES
I - a Consulta de documentos normativos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) a nível nacional, para possíveis adequações.
I - b Discussão do PRMSF com tutores, preceptores e Instituições parceiras a fim de implantar e desenvolver o Programa.
I - c Firmação de Termo de cooperação técnica entre os municípios parceiros e a Instituição de Ensino Superior (IES).
I - d Vinculação do PRMSF a uma Instituição de Ensino Superior (IES).
I - e Seleção pública dos candidatos ao PRMSF.
I – f Integração do PRMSF com o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.
I - g Realização de avaliação sistemática do PRMSF com participação de tutores, preceptores, residentes, municípios e instituições parceiras.
I - h Garantir o acesso de material didático do PRMSF, através de diversas mídias.
I - i Emissão de freqüências, certificados e declarações dos residentes do PRMSF.

I - j Utilização do Sistema de Informação Gerencial dos Programas de Residências - MEC (Sigresidência) para acompanhamento do PRMSF.
I - k Identificação e contratação de coordenador com qualificação e experiência para o PRMSF.
I - l Elaboração, aprovação e seguimento sistemático do regimento interno do PRMSF, com a participação de representantes de tutores, preceptores, residentes, municípios e instituições parceiras.
I - m Identificação de tutores e preceptores qualificados e com experiência para o PRMSF, a partir dos critérios definidos na Portaria 1.011/2005 de 05/07/2005.
I - n Possui critérios definidos para o número de vagas do PRMSF por categoria profissional.
I - o Monitoramento do pagamento de bolsas dos residentes do PRMSF.
I - p Implantação e participação permanente na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).
I - q Acompanhamento dos residentes egressos do PRMSF.
I - r Apresentação de relatório final de atividades do biênio do PRMSF, aos Ministérios da Saúde e Educação, municípios e instituições parceiras.

Gráfico 4 – Indicadores da Dimensão I – Gestão do Programa (Pós-Reunião de Consenso – Grupo Nominal). Avaliação Qualitativa



Na **dimensão II – Estrutura Organizacional** - o indicador de maior consenso na classificação quantitativa foi o indicador II-e: monitoramento dos equipamentos e infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde de ensino, e que paradoxalmente também recebeu o menor percentual.

Na avaliação qualitativa os indicadores que receberam a melhor avaliação foram II-d: Existência de laboratório de informática e equipamentos áudio-visuais e II-e: Monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das unidades Básicas de Saúde de ensino, sendo o primeiro considerado necessário e o segundo indispensável. Esses mesmos indicadores, também, paradoxalmente receberam o menor percentual.

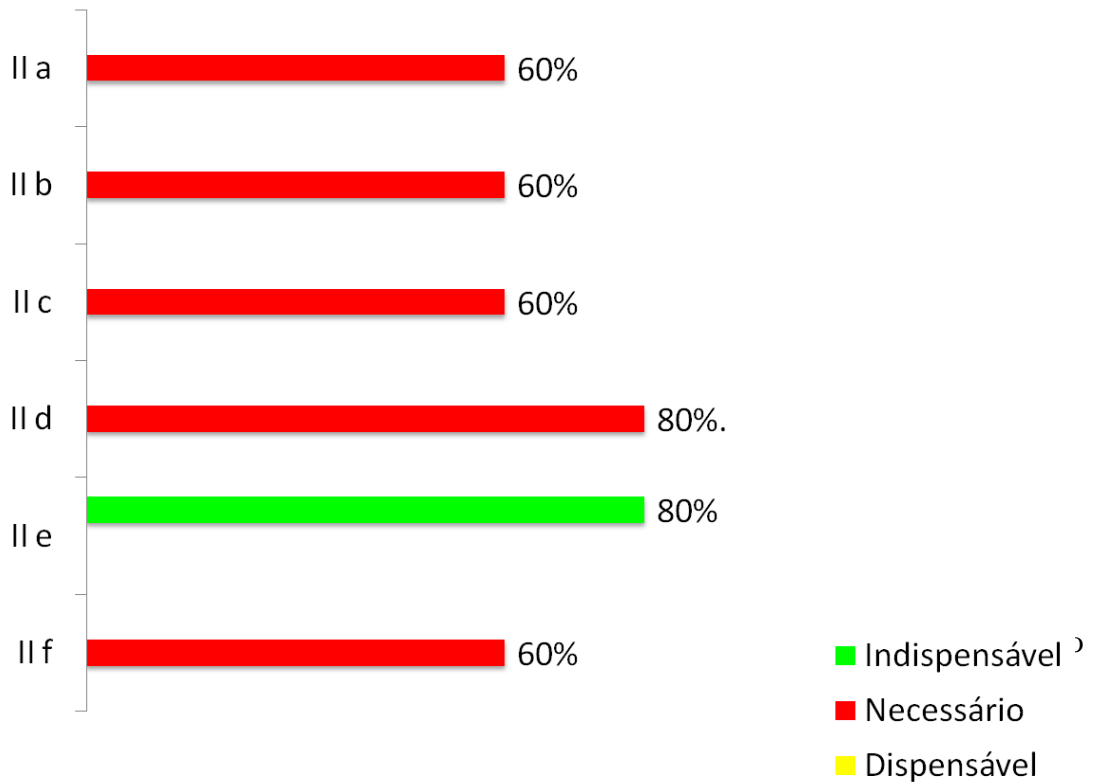
Observe-se quadro e gráfico a seguir:

Quadro 7 – Indicadores da Dimensão II – Estrutura Organizacional (Pós – Reunião de Consenso – Grupo Nominal)

INDICADORES
II - a Existência de biblioteca com acervo apropriado.
II - b Existência de salas de aula e auditórios.
II - c Existência de ambulatórios, ofertados por categoria profissional, para as atividades práticas do PRMSF.
II-d Existência de laboratório de informática e equipamentos áudio-visuais.
II - e Monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde de ensino.
II - f Existência de equipe de apoio logístico aos tutores, preceptores e residentes do PRMSF.

Gráfico 5 – Indicadores da Dimensão II – Estrutura Organizacional (Pós-Reunião de Consenso – Grupo Nominal). Avaliação Qualitativa

**PÓS – REUNIÃO DE CONSENSO (Grupo Nominal)
DIMENSÃO II: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**



Quanto a avaliação qualitativa, para esta dimensão, ela apresentou os mesmos resultados da fase quantitativa, havendo uma forte correlação entre uma fase e outra.

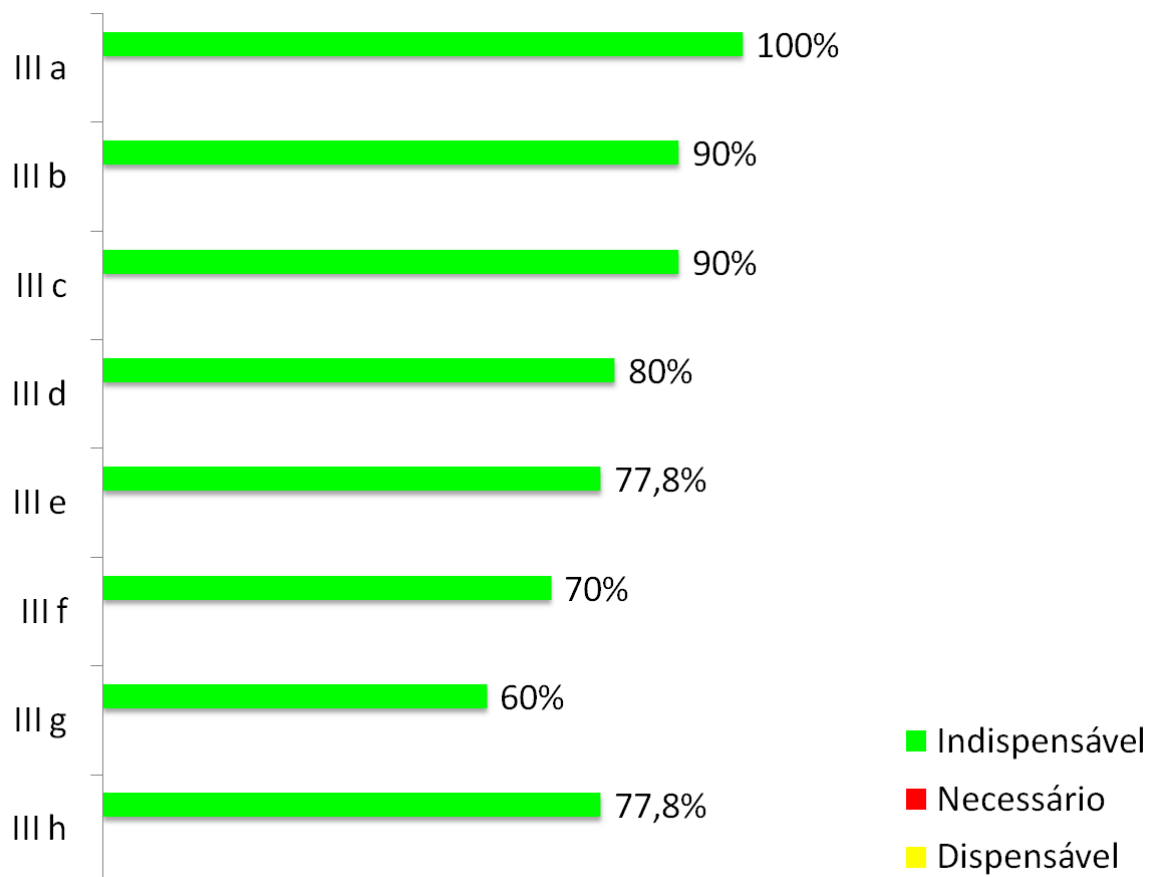
A fim de uma explicitação mais detalhada dos resultados, seguem abaixo quadro e gráfico dos indicadores da Dimensão III (Pós-Reunião de Conferência – Grupo Nominal):

**Quadro 8 – Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico
(Pós – Reunião de Consenso – Grupo Nominal)**

INDICADORES
III - a Garantia sistemática de educação permanente para tutores e preceptores do PRMSF.
III - b Articulação entre o Projeto Político Pedagógico do PRMSF e os conteúdos trabalhados – teóricos e práticos.
III - c Construção de habilidades baseadas nas competências interprofissional para tutores, preceptores e residentes do PRMSF.
III - d Construção de habilidades baseadas nas competências específicas, por categoria profissional, para tutores, preceptores e residentes do PRMSF.
III - e Diversificação das atividades didáticas, utilizando a metodologia problematizadora como eixo do aprendizado.
III – f Utilização de avaliação processual formativa das atividades dos residentes
III - g Utilização de avaliação somativa (uso de portfólio)
III – h Inserção dos residentes do PRMSF em Unidades de Saúde que recebem alunos da graduação.

Gráfico 6 – Indicadores da Dimensão III – Processo Político Pedagógico (Pós-Reunião de Consenso – Grupo Nominal). Avaliação Qualitativa

**PÓS – REUNIÃO DE CONSENSO (Grupo Nominal)
DIMENSÃO III: PROCESSO POLÍTICO PEDAGÓGICO**



5.4 Instrumento Avaliativo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)

O processo de validação do modelo lógico e da matriz de indicadores permitiu construir um instrumento para avaliar e discriminar quando uma estratégia de formação contempla ou não os princípios e valores da atenção básica.

A seguir é apresentado o instrumento de avaliação proposto para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Este instrumento é composto por 42 questões avaliativas oriundas dos 32 indicadores da matriz de indicadores validada no presente estudo; sendo distribuídas em 22 questões na dimensão Gestão do Programa, das quais duas são questões índices; 09 da dimensão Estrutura Organizacional; e 11 na dimensão Projeto Político Pedagógico, das quais uma questão é de múltipla escolha para validação cruzada.

Para finalização do instrumento foram incorporados sugestões dos participantes da validação da matriz de indicadores considerando a necessidade de construção de um instrumento com uma linguagem clara e compreensível por parte dos respondentes.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA INSTRUMENTO AVALIATIVO

Prezado (a) Colaborador (a)

O presente instrumento tem como objetivo avaliar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família - PRMSF, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade dos Programas.

Não existem respostas nem certas e nem erradas, o importante é que elas traduzam da melhor forma possível a realidade do seu Programa.

Em algumas respostas você precisará marcar () SIM ou () NÃO, porém na maioria você deverá escolher uma opção entre as respostas oferecidas, como por exemplo:

1- Como você avalia a sua saúde?

() Ótima

(X) Boa

() Regular

() Ruim

() Péssima

Será garantido o sigilo das informações coletadas nesse instrumento, só podendo ser utilizadas em pesquisas avaliativas e/ou normativas, após autorização do responsável pelas informações.

Dados de Identificação do Respondente:

Instituição de Ensino Superior: _____

Nome completo _____

E-mail e telefone de contato: _____

Função: () Supervisor da Residência () Outra função. Qual? _____

Formação da Graduação: _____

Formação da Pós-graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado.

Qual área/concentração? _____ .

<p>1. Considerando os documentos normativos relativos ao PRMSF, a equipe que estruturou o Projeto da Residência:</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Consultou todos os documentos normativos (Portarias, comunicados, informes) elaborados pelo Ministério da Saúde e da Educação;<input type="checkbox"/> Consultou quase todos os documentos normativos (Portarias, comunicados, informes) elaborados pelo Ministério da Saúde e da Educação;<input type="checkbox"/> Consultou apenas os documentos essenciais para elaboração do Projeto da Residência;<input type="checkbox"/> Consultou apenas a PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009;<input type="checkbox"/> Não consultou nenhum documento normativo (Portarias, comunicados, informes) elaborados pelo Ministério da Saúde e da Educação.
<p>2. Como você classificaria o grau de envolvimento do grupo de tutores preceptores e instituições parceiras na implantação do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não houve envolvimento do grupo;<input type="checkbox"/> O envolvimento do grupo foi indiferente para a implantação do PRMSF<input type="checkbox"/> Houve envolvimento incipiente;<input type="checkbox"/> Houve envolvimento parcial do grupo;<input type="checkbox"/> Houve um envolvimento decisivo do grupo para a implantação do PRMSF.

<p>3. Como você classificaria o grau de envolvimento do grupo de tutores preceptores e instituições parceiras no desenvolvimento do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não houve envolvimento do grupo; <input type="checkbox"/> O envolvimento do grupo foi indiferente para o desenvolvimento do PRMSF <input type="checkbox"/> Houve envolvimento incipiente; <input type="checkbox"/> Houve envolvimento parcial do grupo; <input type="checkbox"/> Houve um envolvimento decisivo do grupo para o desenvolvimento do PRMSF.
<p>4. Considerando o grau de dificuldade para firmação do Termo de Cooperação Técnica entre os municípios parceiros do PRMS e a Instituição de Ensino Superior (IES) a qual o Programa está vinculado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não houve dificuldade; <input type="checkbox"/> Muito pouca dificuldade; <input type="checkbox"/> Pouca dificuldade; <input type="checkbox"/> Muita dificuldade; <input type="checkbox"/> O Termo de Cooperação Técnica não foi celebrado
<p>5. Há vinculação do PRMSF a uma IES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<p>6. Como você consideraria o envolvimento da IES no desenvolvimento do PRMS:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não houve envolvimento da IES; <input type="checkbox"/> O envolvimento da IES foi indiferente para o desenvolvimento do PRMSF <input type="checkbox"/> Houve envolvimento incipiente; <input type="checkbox"/> Houve envolvimento parcial da IES; <input type="checkbox"/> Houve um envolvimento decisivo da IES para o desenvolvimento do PRMSF.
<p>7. A forma de acesso dos residentes ao PRMSF acontece através de:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Todos através de seleção pública; <input type="checkbox"/> Todos por indicação da IES, a qual o PRMSF está vinculado, com critérios pré-definidos; <input type="checkbox"/> Através de seleção pública e através de indicação da IES; <input type="checkbox"/> Todos por indicação da IES, a qual o PRMSF está vinculado, sem critérios pré-definidos; <input type="checkbox"/> Por ordem de inscrição para o PRMSF

<p>8. Como você classificaria o nível de integração (cursos, seminários, Projetos, atividades comunitárias e outros) entre o PRMSF e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe integração entre o PRMSF e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade; <input type="checkbox"/> Existe pouca integração entre o PRMSF e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade <input type="checkbox"/> Existe integração regular entre o PRMSF e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade <input type="checkbox"/> Existe muita integração entre o PRMSF e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade <input type="checkbox"/> Existe total integração entre o PRMSF e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.
<p>9. O PRMSF prevê e realiza avaliação sistemática ao longo do seu desenvolvimento:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não são previstas, nem realizadas avaliações ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao longo do desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas continuamente ao longo do PRMSF.

<p>10. Em relação à avaliação sistemática do PRMSF, como você classificaria a participação do grupo de tutores, preceptores, residentes e instituições parceiras:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe participação do grupo no processo de avaliação sistemática do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe pouca participação do grupo no processo de avaliação sistemática do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe participação regular do grupo no processo de avaliação sistemática do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe muita participação do grupo no processo de avaliação sistemática do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe total participação do grupo no processo de avaliação sistemática do PRMSF.
<p>11. O PRMSF garante ao grupo de tutores, preceptores e residentes o acesso a material didático, através das diversas mídias:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum material didático é garantido; <input type="checkbox"/> Apenas o material impresso é garantido, quando solicitado pelo grupo; <input type="checkbox"/> Material de diversas mídias é garantido, quando solicitado pelo grupo; <input type="checkbox"/> Todo material impresso é garantido, independente da solicitação do grupo; <input type="checkbox"/> Todo o material de diversas mídias é garantido (TV, DVD, Datashow, material impresso, internet, CD's entre outros).
<p>12. Para um bom desenvolvimento do PRMSF se faz necessário a existência de uma escolaridade efetiva (emissão de certificados e declarações, controle de freqüências, entre outros). Como você classificaria esse tipo de serviço no seu PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe o serviço de escolaridade; <input type="checkbox"/> Ruim; <input type="checkbox"/> Regular; <input type="checkbox"/> Bom; <input type="checkbox"/> Ótimo.
<p>13. O PRMSF utiliza o Sistema de Informação Gerencial dos Programas de Residências - MEC (Sigresidência) para o acompanhamento do Programa:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

<p>14. Como você classificaria a qualificação e experiência do coordenador/supervisor do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muito experiente e muito qualificado; <input type="checkbox"/> Muito experiente e pouco qualificado; <input type="checkbox"/> Regular experiência e regular qualificação; <input type="checkbox"/> Pouco experiente e pouco qualificado; <input type="checkbox"/> Nem experiente e nem qualificado.
<p>15. Qual o grau de participação do grupo de representantes de tutores, preceptores, residentes e instituições parceiras do Programa na elaboração e aprovação do regimento interno do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe participação do grupo na elaboração e aprovação do regimento interno do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe pouca participação do grupo na elaboração e aprovação do regimento interno do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe participação regular do grupo na elaboração e aprovação do regimento interno do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe muita participação do grupo na elaboração e aprovação do regimento interno do PRMSF; <input type="checkbox"/> Existe total participação do grupo na elaboração e aprovação do regimento interno do PRMSF.
<p>16. Como você classificaria a utilização do regimento interno como instrumento norteador das ações do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sua utilização é sistemática; <input type="checkbox"/> Sua utilização é eventual/pontual; <input type="checkbox"/> Sua utilização acontece apenas quando é demandada/solicitada; <input type="checkbox"/> Sua utilização dificilmente acontece (é rara); <input type="checkbox"/> Sua utilização nunca acontece.
<p>17. Tomando como referência as definições /conceitos sobre os tutores e preceptores referidos na Portaria 1.111/GM DE 5 DE JULHO DE 2005, qual o percentual do total de tutores e preceptores do PRMSF que você consideraria experiente e qualificado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menor de 20% <input type="checkbox"/> Entre 20% e 40% <input type="checkbox"/> Entre 40% e 60% <input type="checkbox"/> Entre 60% e 80% <input type="checkbox"/> Maior de 80%

<p>18. A distribuição do número de vagas por categoria profissional do PRMSF pode adotar critérios pré-definidos (necessidade locorregional, perfil epidemiológico, demanda de candidatos e outros). Essa distribuição ocorre:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sem o estabelecimento de critérios pré-definidos; <input type="checkbox"/> Com o estabelecimento de critérios pré-definidos para poucas categorias profissionais; <input type="checkbox"/> Com o estabelecimento de critérios pré-definidos parciais para todas as categorias profissionais; <input type="checkbox"/> Com o estabelecimento de critérios pré-definidos para quase todas as categorias profissionais; <input type="checkbox"/> Com o estabelecimento de critérios pré-definidos para todas as categorias profissionais
<p>19. Como você classificaria o monitoramento do pagamento das bolsas dos residentes do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe monitoramento; <input type="checkbox"/> Ruim; <input type="checkbox"/> Regular; <input type="checkbox"/> Bom; <input type="checkbox"/> Ótimo.
<p>20. Como você avalia a participação do grupo de tutores, preceptores, residentes e instituições parceiras na Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O PRMSF não possui COREMU implantada; <input type="checkbox"/> Existe pouca participação do grupo na COREMU; <input type="checkbox"/> Existe uma participação regular do grupo na COREMU; <input type="checkbox"/> A maioria do grupo participa da COREMU; <input type="checkbox"/> Existe participação efetiva de todo grupo na COREMU.
<p>21. Como você avalia o acompanhamento dos residentes egressos do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe acompanhamento; <input type="checkbox"/> Ruim; <input type="checkbox"/> Regular; <input type="checkbox"/> Bom; <input type="checkbox"/> Ótimo.
<p>22. Qual das alternativas representa a instância/órgão/comissão que tem acesso ao relatório de atividades do biênio do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Todos os parceiros ao final de cada biênio; <input type="checkbox"/> Apenas ao órgão financiador; <input type="checkbox"/> O parceiro financiador e COREMU; <input type="checkbox"/> Apenas à COREMU; <input type="checkbox"/> O relatório é apenas para conhecimento interno.

DIMENSÃO II: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Para o funcionamento do **PRMSF** são necessários alguns itens relacionados à estrutura organizacional. Utilize o quadro abaixo para classificar os diversos aspectos:

ASPECTOS	NÃO EXISTE	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
23. Biblioteca					
24. Salas de aula					
25. Auditórios					
26. Ambulatórios por categoria profissional para atividades práticas					
27. Laboratório de informática					
28. Equipamentos áudio-visual					
29. Monitoramento dos equipamentos das USF de ensino					
30. Monitoramento da infra-estrutura das USF de ensino					
31. Equipe de apoio logístico aos tutores, preceptores e residentes					

DIMENSÃO III: PROCESSO POLÍTICO PEDAGÓGICO

<p>32. Em relação à Educação Permanente para tutores e preceptores do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A Educação Permanente não é ofertada para os tutores e preceptores do PRMSF; <input type="checkbox"/> A Educação Permanente é ofertada de modo pontual, por demanda dos tutores e preceptores; <input type="checkbox"/> A Educação Permanente é ofertada de modo pontual, por demanda do PRMSF; <input type="checkbox"/> A Educação Permanente é ofertada para a maioria dos tutores e preceptores; <input type="checkbox"/> A Educação Permanente é ofertada de modo sistemático para todos os tutores e preceptores.
<p>33. Como você avalia a articulação entre o projeto pedagógico do PRMSF e os seus conteúdos trabalhados (teóricos e práticos):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe articulação entre o projeto pedagógico do PRMSF e os seus conteúdos trabalhados (teóricos e práticos): <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom; <input type="checkbox"/> Ótimo.
<p>34. Quais dos itens abaixo são utilizados para integrar o projeto pedagógico do PRMSF com os seus conteúdos trabalhados (teórico-prático):</p> <p>Observação: Nesta questão você pode marcar quantos itens achar necessário</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Semana padrão do residente (núcleo multiprofissional); <input type="checkbox"/> Semana padrão do residente (núcleo específico); <input type="checkbox"/> Projeto de intervenção dos residentes; <input type="checkbox"/> Discussão de casos clínicos e familiares; <input type="checkbox"/> Clube de periódicos; <input type="checkbox"/> Seminários de núcleo multiprofissional; <input type="checkbox"/> Seminários de núcleo específico; <input type="checkbox"/> Atividades teóricas (modulares e/ou isoladas); <input type="checkbox"/> Atividades Práticas ambulatoriais; <input type="checkbox"/> Atividades práticas nas comunidades; <input type="checkbox"/> Monografias/artigos científicos; <input type="checkbox"/> Atividades de docência (graduação); <input type="checkbox"/> Atividades de pesquisa; <input type="checkbox"/> Estágio curricular e/ou opcional nas áreas de gestão, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

<p>35. Como você avalia a construção de habilidades baseadas nas competências interprofissionais para tutores, preceptores e residentes do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe a construção de habilidades baseadas nas competências interprofissionais; <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom; <input type="checkbox"/> Ótimo
<p>36. Como você avalia a construção de habilidades baseadas nas competências específicas por categoria profissional para tutores, preceptores e residentes do PRMSF:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não existe a construção de habilidades baseadas nas competências específicas; <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom; <input type="checkbox"/> Ótimo
<p>37. Qual o percentual das atividades didáticas do PRMSF que utilizam aulas expositivas como método pedagógico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menor de 20% <input type="checkbox"/> Entre 20% e 40% <input type="checkbox"/> Entre 40% e 60% <input type="checkbox"/> Entre 60% e 80% <input type="checkbox"/> Maior de 80%
<p>38. Qual o percentual das atividades didáticas do PRMSF que utilizam metodologia ativa de aprendizagem como método pedagógico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menor de 20% <input type="checkbox"/> Entre 20% e 40% <input type="checkbox"/> Entre 40% e 60% <input type="checkbox"/> Entre 60% e 80% <input type="checkbox"/> Maior de 80%
<p>39. O PRMSF prevê a realização de avaliações ao longo do seu desenvolvimento (Formativa):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não são previstas, nem realizadas avaliações ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas ao longo do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas sistematicamente ao longo do desenvolvimento do PRMSF.

<p>40. O PRMSF prevê a realização de avaliações ao final do seu desenvolvimento (somativa):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não são previstas, nem realizadas avaliações ao final do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao final do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao final do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas ao final do desenvolvimento do PRMSF; <input type="checkbox"/> Avaliações são sempre previstas e realizadas ao final do desenvolvimento do PRMSF.
<p>41. Qual o percentual das atividades pedagógico-didáticas que utilizam o portfólio como instrumento avaliativo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menor de 20% <input type="checkbox"/> Entre 20% e 40% <input type="checkbox"/> Entre 40% e 60% <input type="checkbox"/> Entre 60% e 80% <input type="checkbox"/> Maior de 80%
<p>42. Qual o percentual de residentes do PRMSF, que recebem alunos da graduação, nas suas respectivas USF de ensino:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menor de 20% <input type="checkbox"/> Entre 20% e 40% <input type="checkbox"/> Entre 40% e 60% <input type="checkbox"/> Entre 60% e 80% <input type="checkbox"/> Maior de 80%

6 DISCUSSÃO

A existência de instrumentos avaliativos confiáveis para identificar os fatores que exercem influência nas práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família é importante tanto na compreensão da tomada de decisão, quanto na elaboração de intervenções efetivas para melhoria da formação dos profissionais do SUS.

O presente estudo apresentou passo a passo o processo de construção de um instrumento avaliativo, cumprindo objetivos pré-estabelecidos e metodologia definida. Essa pesquisa recebeu imprescindível contribuição dos membros da reunião de consenso, os quais sugeriram reformulação e inclusão de novos indicadores à matriz. Estes aspectos conferem validade ao Modelo Lógico e à Matriz de Indicadores para avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família.

A participação dos atores possibilitou a construção de um instrumento consonante com a realidade do objeto da avaliação, que são influenciados por diversos fatores tais como o reconhecimento da institucionalização da avaliação enquanto estratégia para aumentar a eficiência do SUS; bem como a existência de informações válidas para serem utilizadas no processo de tomada de decisão e pelas demandas por avaliação dos próprios atores envolvidos nos programas e serviços.^{68, 69}

É visão corrente que os profissionais de saúde não têm sido formados com os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores suficientes para o adequado desempenho no SUS. Estudos assinalam a crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos. Essa crise relaciona-se às mudanças relativas ao mercado de trabalho, organização dos serviços, especialização precoce e sem limites, desarticulação ensino-serviço e a desintegração de aspectos biológico-social, básico-profissional, individual-coletivo.⁷⁰

Campos e Aguiar³⁹ afirmam que a “qualificação dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família, através de residências médicas e residências multiprofissionais de Saúde” é fator necessário na consolidação deste modelo e considera uma opção importante para reduzir os efeitos de uma formação inadequada para os agentes técnicos já inseridos no sistema de saúde.

Portanto, os resultados do presente estudo, ao tomar a avaliação do PRMSF, trazem para este campo uma contribuição para superação dos dilemas enfrentados pela área da avaliação, seja do ponto de vista da diversidade conceitual ou os obstáculos da sua institucionalização no sistema de saúde. Hartz; Santos e Matida⁷¹ tomam a avaliação como ferramenta para reforçar o aprendizado, baseados na teoria de Calon e Latour, que apontam para o uso da avaliação dentro do SUS como uma possibilidade de tradução de evidências científicas para dentro das organizações como instrumentos de suas transformações, a partir de princípios éticos, incluindo neste processo usuários, pesquisadores e profissionais.

Ao se considerar as três dimensões desse estudo: Gestão do Programa, Estrutura Organizacional e Processo Político Pedagógico, as dimensões que receberam maior número de sugestões para modificações na matriz de indicadores (Pós-Reunião de Consenso – Grupo Nominal) foram a Dimensão I: Gestão do Programa e a Dimensão III : Processo Político Pedagógico. Porém aqui se destaca como ponto importante dos achados a grande quantidade de contribuições relativas à Dimensão III, não só em termos semânticos, como também em relação à ampliação da capacidade avaliativa.

Deve-se aqui ressaltar que tanto no presente estudo quanto em Souza, Silva e Hartz⁷² os aspectos relacionados ao núcleo do objeto do estudo, foram os pontos de maior divergência, e com maior consenso e contribuições do grupo. Ou seja, no estudo de Souza, Silva e Hartz⁷², foi a dimensão política que obteve a maior contribuição e no presente

estudo a dimensão relacionada ao projeto político-pedagógico que estimulou o maior número de contribuições. Fato que confere validade ao presente estudo.

Do ponto de vista da gestão de programas, sabe-se que o SUS tem enfrentado nas suas crises uma dicotomia entre gestão e sub-financiamento. Salienta-se a importância do foco no nível gerencial para que os programas adquiram efetividade, considerando que o sub-financiamento, por ser uma questão político-orçamentária e tratada em diferentes níveis de gestão e de governo, nem sempre são passíveis de solução, cabendo ao gestor procurar as alternativas para que os programas sejam efetivos.⁷⁰

Por outro lado também, existe o reconhecimento que os profissionais de saúde precisam ser formados dentro de um novo paradigma, ou seja, num processo pedagógico no qual ocorra uma crítica ao paradigma cartesiano e biomédico, que ainda predomina na maioria das nossas instituições formadoras. Surge daí a necessidade de ampliar debates suscitados ora pelo SUS ora pelas IES para revisarem as suas práticas pedagógicas. Estas inquietações foram traduzidas no presente estudo pelas contribuições que ocorreram na dimensão III.

Outro fator identificado no presente estudo foi a atenção dada pelo grupo às ações voltadas para o estímulo à educação permanente. A educação permanente é considerada hoje como um dos sustentáculos da articulação entre os diversos esforços de formação para os profissionais de saúde no Brasil, haja vista a possibilidade dos mesmos terem a oportunidade de gerar reflexão a partir do seu processo de trabalho, propiciando novos conhecimentos e aperfeiçoamento do cuidado ofertado aos usuários^{73, 6}

Notou-se que na Dimensão I: Estrutura Organizacional, na avaliação inicial para o consenso, os indicadores foram identificados apenas como necessário. Por outro lado na segunda fase do consenso, apenas um indicador tornou-se indispensável. Não houve, nessa

dimensão, mudanças significativas nos indicadores quanto a sua semântica e capacidade avaliativa.

Esse achado reflete a preocupação do grupo em priorizar o foco no Projeto Político Pedagógico, embasado em problematização, na teoria da complexidade, na articulação entre cenários teóricos e práticos.⁷⁴ Reforçando o pensamento de que a estrutura não seria imprescindível para o desenvolvimento de um Programa.

Ao descrever a teoria historicamente e mais frequentemente utilizadas na avaliação de serviços, Donabedian⁷⁵ trouxe para o campo da saúde os aspectos da teoria administrativa que envolve três elementos: estrutura, processo e resultado. Esta teoria adota por vezes que estas etapas assumiriam pesos iguais para se alcançar as metas. No entanto, vem sendo criticada e modificada de modo que o foco no processo teria um peso maior que os outros dois elementos.⁷⁶

Em adição, Contadriopoulos⁷⁷ afirma que além dos elementos intrínsecos ao objeto que está sendo avaliado, este objeto está inserido em um contexto. Portanto é necessário entender o que está associado ao macro e micro contexto, para que se possam entender as forças que interagem dentro e fora, para se chegar aos resultados que se planejou.

O presente estudo apresenta particularidades que precisam ser analisadas quando comparadas a outros estudos, no qual metodologia semelhante foi empregada. Em estudo realizado por Souza, Silva e Hartz⁷² utilizou-se a técnica de consenso para avaliar o processo de descentralização. Deve-se aqui realçar que o processo de descentralização se caracteriza como uma diretriz estratégica do SUS, e os autores utilizaram a construção de uma imagem objetivo no qual se perguntavam “O que se quer com a descentralização dos serviços de saúde?”; trata-se aqui de uma avaliação de política; que difere dos objetivos do presente estudo, onde o foco é um programa de formação profissional. Ao contrário do estudo anterior, que utilizou as medidas de tendência central para sua análise, no presente

estudo foi focado, dado o número de participantes, a apresentação das percentagens dos itens que alcançavam maiores escores. Esta opção pareceu mais oportuna diante do fato de não existir dados prévios que permitissem uma análise comparativa de medidas de tendência central e dispersão de outros estudos sobre o mesmo objeto.

Pode-se dizer que no presente estudo foi utilizada uma técnica apropriada para obtenção de consenso, haja vista que Souza, Silva e Hartz ⁷² consideram quatro possibilidades metodológicas para realização do grupo de consenso: o método Delfos, Grupo Nominal, Júri Simulado e Conferência de Consenso e estabelece como técnica ideal aquela que ao mesmo tempo estimulasse a busca de consenso genuíno, permitisse uma ampla discussão de especialistas, preservasse o anonimato dos participantes e fosse de fácil realização. Deve-se considerar que todas as técnicas possuem vantagens e desvantagens. No entanto, a técnica do grupo nominal permite existir uma troca estruturada de informações, numa reunião de especialistas ⁷⁸, tendo sido muito usada em situações de avaliação de serviços. ⁷⁹

Ainda sobre o objeto sob a análise na presente pesquisa, ao contrário do uso de imagem objetivo se formulou um modelo lógico, dado a dimensão programática do objeto, e forte conteúdo que rege o objeto. Estes fatos possibilitaram a construção de uma matriz que forneceu a base de análise para obtenção do consenso, não sendo utilizadas etapas intermediárias com outras técnicas para geração de imagem objetivo como em Souza, Silva e Hartz ⁷² ou mesmo de uma matriz. ⁶²

No entanto, os resultados desse estudo devem ser analisados e vistos à luz das suas limitações. Uma das primeiras limitações foi a factibilidade do tempo, pois não se conseguiu realizar a validação de face do instrumento construído.

Em adição, embora seja considerada neste estudo como uma limitação do mesmo, UCHOA et al ⁶², defendem que a própria aplicação da técnica *per si*, já daria ao seu

produto a validação de face, que se constitui o primeiro passo no processo de validação de matrizes e instrumentos de avaliação⁸⁰

Destaca-se também, a regionalização dos atores participantes do consenso, pois com a ausência de atores de nível nacional, as discussões ocorreram num universo muito semelhante, sem aprofundar as marcadas diferenças regionais, tão presentes num país como o Brasil. Por outro lado, deve ser destacada a forma fidedigna como o método foi aplicado, o que possibilitou as contribuições dos diversos atores.

Outro fator importante que se observou foi o envolvimento do pesquisador com o tema, o que provavelmente favoreceu a elaboração de uma matriz de indicadores coerente com o modelo lógico proposto, e conseqüentemente não ocorrendo mudanças substanciais por parte dos *experts*, e sim um trabalho de aperfeiçoamento na composição da matriz final.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da avaliação como possibilidade de criação de espaços para reflexão das práticas dos profissionais de saúde, ou dos atores envolvidos no programa e/ou serviço, tem sido colocado a partir de cinco componentes: 1- A busca da identidade; 2- Transferência de poder; 3-Busca por motivação; 4-Desenvolvimento de competências para avaliação e 5-Alocação de recursos.⁸¹

A disponibilização de um instrumento avaliativo consistente e adequadamente validado, para uma proposta de pós-graduação *lato sensu*, poderá contribuir para o processo da institucionalização da avaliação em serviços e Instituições de Ensino e Pesquisa. Desta forma avança-se para além dos primórdios do processo de avaliação, marcadamente punitivo, para um modelo de avaliação que oportunize a utilização da mesma pelos grupos e instituições para melhorar a qualidade dos serviços ofertados aos seus usuários.

Portanto foram seguidos no presente estudo os critérios sugeridos por Felisberto et al.⁶⁹, para que uma avaliação seja considerada com crédito, quais sejam, os procedimentos metodológicos; os processos e as informações produzidas. O autor ainda oferece como pontos para reflexão os princípios iluminadores de Palos et al, para construção da capacidade avaliativa: O princípio da aprendizagem; do respeito e da autonomia; participação e colaboração; e o princípio da felicidade.

No caso do presente estudo de forma específica, o cumprimento do papel das Residências Multiprofissional em Saúde da Família estabelecido nos seus objetivos, fará com que o Sistema Único de Saúde receba profissionais formados coerentemente com seus princípios institucionais, e possa ofertar à população brasileira uma saúde de melhor qualidade

Apêndice A
Marco Regulatório do PRMSF

Leis	Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Lex: Presidência da República - Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.
	Lei n° 8080, 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.
	Lei n° 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de inclusão de jovens – PROJOVEM – e dá outras providências.
Medida Provisória	Medida Provisória n° 238. D.O.U. de 02 de Fevereiro de 2005. Institui o Programa Nacional de inclusão de jovens – PROJOVEM.
Portarias	<p>Portaria Interministerial MS/GM N° 2118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.</p> <p>Portaria Interministerial n° 506, de 24 de abril de 2008. Publicada no DOU n° 79, de 25 de abril de 2008, Seção 1, página 12.</p> <p>Portaria conjunta n°1 de 24 de fevereiro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.</p> <p>Portaria n° 154. Ministério da Saúde de 24 de Janeiro de 2008 - Cria os núcleos de Apoio a Saúde da família- NASF.</p> <p>Portaria Ministerial n° 227, Gabinete do Ministro da Saúde de 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações normas e critérios gerais do PITS.</p> <p>Portaria Interministerial N° 1.802, de 2 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- Pet- Saúde.</p>

	Portaria Interministerial nº 2117 de 03 de novembro de 2005. Institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.
	Portaria Interministerial nº 45 de 12 de Janeiro de 2007. Institui a Comissão Nacional de Residências Multiprofissional em Saúde
	Portaria Interministerial MEC/MS de nº 698 de 19 de julho de 2007. Nomeia os integrantes da Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde.
	Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas.
	Portaria de nº 1.111/GM de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e execução do Programa de Bolsas para educação pelo trabalho.
Política de Saúde	Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
Conferência de Saúde	Conselho Nacional de Saúde. 12. ^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca.

APÊNDICE C
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
MATRIZ DE INDICADORES
PRÉ – REUNIÃO DE CONSENSO (GRUPO NOMINAL)

DIMENSÃO I: GESTÃO DO PROGRAMA

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA
I - a Revisão de documentos normativos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) a nível nacional.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - b Discussão com o corpo docente e Instituições parceiras do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - c Concessão de Carta de Anuência dos municípios parceiros do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - d Vinculação do PRMSF a uma Instituição de Ensino Superior (IES).	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - e Seleção pública dos candidatos ao PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5

I - f Divulgação sistemática de notas dos residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I – g Reprodução de material didático do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - h Emissão de freqüências, certificados e declarações dos residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - i Utilização do Sistema de Informação Gerencial dos Programas de Residências - MEC (Sigresidência) para acompanhamento do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I – j Identificação e contratação de supervisor com qualificação e experiência para o PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - k Elaboração, aprovação e seguimento sistemático do regimento interno do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - l Identificação e contratação de tutores e preceptores qualificados e com experiência para o PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5

I - m Composição de corpo docente permanente do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - n Definição do número de vagas do PRMSF por categoria profissional.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - o Monitoramento do pagamento de bolsas dos residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - p Implantação e participação permanente na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - q Acompanhamento dos residentes egressos do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I - r Apresentação de relatório final de atividades do biênio do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5

MATRIZ DE INDICADORES
PRÉ – REUNIÃO DE CONSENSO (GRUPO NOMINAL)

DIMENSÃO II: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA		
II - a Existência de biblioteca com acervo apropriado	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
II - b Existência de salas de aula e auditórios.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
II - c Existência de ambulatórios, ofertados por especialidades, para as atividades práticas do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
II-d Existência de laboratório de informática e equipamentos áudio-visuais.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
II - e Monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde de ensino.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
II - f Existência de equipe de apoio logístico aos docentes e residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

MATRIZ DE INDICADORES
PRÉ – REUNIÃO DE CONSENSO (GRUPO NOMINAL)

DIMENSÃO III: PROCESSO PEDAGÓGICO

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA		
III - a Oferta de educação permanente para tutores e preceptores do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - b Coerência pedagógica entre o Projeto Pedagógico do PRMSF e as disciplinas ofertadas.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - c Construção de habilidades e competências Multiprofissionais para docentes e residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - d Construção de habilidades e competências específicas, por categoria profissional, para docentes e residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - e Articulação entre cenário de práticas e conteúdo técnico.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - f Diversificação das atividades didáticas tais como aula de campo, projeto terapêutico singular, casos clínicos e familiares *	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - g Utilização de avaliação processual formativa das atividades dos residentes	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
III - h Utilização de avaliação somativa (uso de portfólio)	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

* Utilização de metodologia problematizadora como eixo do aprendizado

APÊNDICE D
MATRIZ DE INDICADORES
PÓS – REUNIÃO DE CONSENSO (GRUPO NOMINAL)

DIMENSÃO I: GESTÃO DO PROGRAMA

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA	
I - a Consulta de documentos normativos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) a nível nacional, para possíveis adequações.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - b Discussão do PRMSF com tutores, preceptores e Instituições parceiras a fim de implantar e desenvolver o Programa.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - c Firmação de Termo de cooperação técnica entre os municípios parceiros e a Instituição de Ensino Superior (IES).	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - d Vinculação do PRMSF a uma Instituição de Ensino Superior (IES).	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - e Seleção pública dos candidatos ao PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I – f Integração do PRMSF com o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - g Realização de avaliação sistemática do PRMSF com participação de tutores, preceptores, residentes, municípios e instituições parceiras.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

I - h Garantir o acesso de material didático do PRMSF, através de diversas mídias.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - i Emissão de frequências, certificados e declarações dos residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - j Utilização do Sistema de Informação Gerencial dos Programas de Residências - MEC (Sigresidência) para acompanhamento do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - k Identificação e contratação de coordenador com qualificação e experiência para o PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - l Elaboração, aprovação e seguimento sistemático do regimento interno do PRMSF, com a participação de representantes de tutores, preceptores, residentes, municípios e instituições parceiras.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - m Identificação de tutores e preceptores qualificados e com experiência para o PRMSF, a partir dos critérios definidos na portaria 1.111 /GM DE 5 DE JULHO DE 2005.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - n Possui critérios definidos para o número de vagas do PRMSF por categoria profissional.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - o Monitoramento do pagamento de bolsas dos residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - p Implantação e participação permanente na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - q Acompanhamento dos residentes egressos do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
I - r Apresentação de relatório final de atividades do biênio do PRMSF, aos Ministérios da Saúde e Educação, municípios e instituições parceiras.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

MATRIZ DE INDICADORES
PÓS – REUNIÃO DE CONSENSO (GRUPO NOMINAL)

DIMENSÃO II: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA	
II - a Existência de biblioteca com acervo apropriado.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
II - b Existência de salas de aula e auditórios.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
II - c Existência de ambulatórios, ofertados por categoria profissional, para as atividades práticas do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
II-d Existência de laboratório de informática e equipamentos áudio-visuais.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
II - e Monitoramento dos equipamentos e infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde de ensino.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
II - f Existência de equipe de apoio logístico aos tutores, preceptores e residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
MATRIZ DE INDICADORES PÓS – REUNIÃO DE CONSENSO (GRUPO NOMINAL)**

DIMENSÃO III: PROCESSO POLÍTICO PEDAGÓGICO

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA	
III - a Garantia sistemática de educação permanente para tutores e preceptores do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
III - b Articulação entre o Projeto Pedagógico do PRMSF e os conteúdos trabalhados – teóricos e práticos.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
III - c Construção de habilidades baseadas nas competências interprofissional para tutores, preceptores e residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
III - d Construção de habilidades baseadas nas competências específicas, por categoria profissional, para tutores, preceptores e residentes do PRMSF.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
III - e Diversificação das atividades didáticas, utilizando a metodologia problematizadora como eixo do aprendizado.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
II – f Utilização de avaliação processual formativa das atividades dos residentes	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
III - g Utilização de avaliação somativa (uso de portfólio)	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
III – h Inserção dos residentes do PRMSF em unidades de saúde que recebem alunos da graduação.	<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6