



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Cleiton Charles da Silva

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**

**JOÃO PESSOA/PB
2023**

Cleiton Charles da Silva

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade
Federal da Paraíba (UFPB).

Orientadora: Profa. Dra. Luana Rodrigues
de Almeida

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

**JOÃO PESSOA/PB
2023**

S586e Silva, Cleiton Charles da.

A educação permanente em saúde no processo de formação de residências em saúde / Cleiton Charles da Silva. - João Pessoa, 2023.

69 f.

Orientação: Luana Rodrigues de Almeida.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Educação - Saúde pública. 2. Formação profissional em saúde. 3. Residência em medicina. I. Almeida, Luana Rodrigues de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 37:614(043)



ANEXO D

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO

Programa de Pós-Graduação

PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nucleadora

UFPB

Ata da Sessão de Defesa do(a) Discente

CLEITON CHARLES DASILVA

Realizada no Dia

03/03/2023

Às **10:30** horas, do dia **03** do mês de **março** do ano de **2023**, realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do discente **CLEITON CHARLES DASILVA**,

intitulado

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores **LUANARODRIGUES DE ALMEIDA**, orientador(a),

Prof.(a). **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE** e

Prof.(a). **GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO MONTEIRO**.

A sessão foi aberta pelo(a) Orientador(a) do Programa de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) discente. O primeiro examinador foi o professor(a) doutor(a) **GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO MONTEIRO**. Logo após,

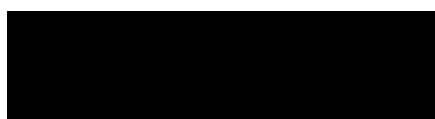
procederam a arguição a professor doutor **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**.

Em seguida, a banca examinadora reuniu-se reservadamente, a fim de avaliar o desempenho.

A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às 13:00 horas, e eu,

LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA

orientador(a) do Programa Pós-Graduação do MPSF, Nucleadora **UFPB**, lavrei a presente ata, que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.



Orientador(a)



2º Examinador(a)



2º Examinador(a)

João Pessoa, 03 de março, de 2023.

Cleiton Charles da Silva

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade
Federal da Paraíba (UFPB).

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luana Rodrigues de Almeida
Presidente/Orientadora
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro
Membro Externo
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga
Membro Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Data da aprovação: 03 de março de 2023.

João Pessoa

*Minha amada avó Josefa Amélia da Silva
(In memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho **Enzo**, por sempre ser uma motivação para que eu possa seguir em frente.

À **Edilânia** pelo apoio dado em todos os momentos.

Aos meus **amigos** e **amigas** presentes durante esse percurso.

Ao Professor Dr. **Franklin Delano Soares Forte**, por aceitar compor a banca e por toda contribuição dada no decorrer das atividades do grupo do projeto. Agradeço ainda por todas as observações realizadas, por toda disponibilidade que teve para que pudéssemos desenvolver nosso estudo da melhor forma.

À Professora Dra. **Lyane Ramalho Cortez**, por ter aceitado tão prontamente o convite para fazer parte da banca. Infelizmente, questões de saúde lhe impediram de estar presente no momento da defesa.

À Professora Dra. **Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro**, pelo aceite em compor a banca, sobretudo pelo convite tão próximo da defesa.

À **Escola de Saúde Pública da Paraíba-ESP/PB**, na pessoa do Professor Dr. **Felipe Proença de Oliveira**, que abraçou o projeto e viabilizou todo apoio através da coordenação dos Programas de Residência.

Ao **Grupo do Projeto**, pela troca de conhecimentos e contribuições durante os encontros.

Ao Professor **Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito**, por ter me estimulado a não desistir de entrar no mestrado.

Aos **Residentes** que aceitaram participar deste estudo e o tornaram possível graças as suas participações.

À **Universidade Federal da Paraíba**, na pessoa do Professor Dr. João Euclides Fernandes Braga, por ter sido nossa casa durante esse período tão rico de nossas vidas. Agradeço ainda ao professor por sua participação na banca de qualificação, sempre fazendo ponderações importantes e que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

À **RENASF**, na pessoa da Professora Dra. **Altamira Pereira da Silva Reichert**, pela oportunidade de cursar uma pós-graduação alicerçada nas reais necessidades de saúde do SUS. A professora e coordenadora, na época, também agradeço pela acolhida alegre e afetuosa desde o primeiro contato na realização da prova de seleção.

A todos os nossos **Professores** e **Professoras** pelo compartilhamento de saberes e de afetos nos nossos encontros. Certamente levaremos um pouquinho de cada um e de cada uma.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora. Dra. **Luana Rodrigues de Almeida**

De forma muito especial gostaria de agradecer a Professora Luana, enquanto orientadora, por tudo que fez por mim durante esse caminhar. Certamente não teria chegado até aqui se não fosse a sua maneira de conduzir seus orientandos, com toda sua paciência e empatia, corrigindo sem diminuir e buscando sempre enaltecer o lado bom de tudo.

Sou imensamente grato pela sorte de tê-la como orientadora.

Muito, muito obrigado!

RESUMO

Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo de aprendizado no trabalho, em que o ensinar é incorporado ao cotidiano dos serviços, baseada na aprendizagem com significado, na problematização, na reflexão das práticas e na possibilidade de transformar o processo de trabalho dos profissionais. Destarte, a RS se coloca como um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), extremamente importante enquanto processo formativo, através do qual se busca atingir um cuidado integral, construído a partir das contribuições dos diferentes núcleos de profissões. **Objetivo:** Compreender a EPS no contexto da formação em saúde de dois programas de Residências em Saúde do sertão paraibano. **Percorso metodológico:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, que teve como cenários de investigação o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). A pesquisa foi realizada com 09 participantes, sendo eles residentes no segundo ano (R2) e recém-egressos dos dois programas de residências supracitados. Para a coleta dos dados empíricos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, além da utilização de registros do diário de campo. O conjunto de dados foi analisado sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin, na modalidade categorial temática. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos, tendo sido apreciado pelo Comitê de Ética e recebido aprovação conforme o parecer 5.375.901. **Resultados:** A maioria dos residentes enxerga a EPS como ferramenta capaz de contribuir para a modificação no ambiente de trabalho, contudo, reconhece entraves para a operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde de forma intrínseca ao processo de trabalho dos trabalhadores. Sobretudo os residentes de PRMFC apresentaram maior distanciamento do conceito de EPS proposto pela PNEPS e pela maioria dos estudiosos da temática. Notou-se ainda que se faz necessário maior ênfase no alinhamento conceitual entre Educação Permanente e a Educação Continuada (EC), a fim de que estas sejam utilizadas de forma adequada e em momento oportuno a cada uma. O estudo evidenciou também que, os cenários nos quais os Programas das RS estão inseridos e o rumo dessa proposta de formação aponta para necessidade de maior reflexão e debate, tendo em vista que, as mínimas condições de estudo/trabalho, assim como a não utilização dos residentes

enquanto força de trabalho barata, sejam asseguradas pelos programas e gestores, entendendo que estes estão inseridos em um processo formativo e não somente assistencial. **Considerações Finais:** Mesmo diante de diversos entraves e desafios na efetivação da EPS na prática diária, os residentes reconhecem a residência enquanto espaço que promove maior utilização desta ferramenta e o quanto a EPS é importante para o redirecionamento de suas práticas. Ressalta-se a limitação da pesquisa, imposta pelo período pandêmico, e o reforço a estudos futuros na temática.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Formação Profissional em Saúde. Residência em Saúde.

ABSTRACT

PERMANENT HEALTH EDUCATION IN THE TRAINING PROCESS OF HEALTH RESIDENCY PROGRAMS

Introduction: Continuing Health Education (CHE) is a process of learning at work in which teaching is incorporated into the routine of services, based on meaningful learning, questioning, reflection on practices and the possibility of transforming the professionals' work process. The health residency program is one of the axes of action of the National Policy on Permanent Education in Health, and extremely important as a training process aimed at achieving comprehensive care built from the contributions of different professional nuclei. **Objective:** To understand CHE in the context of health training in two Health Residency programs in the region of Sertão Paraibano. **Methodological path:** Descriptive exploratory qualitative study in which investigation scenarios were the Multidisciplinary Residency Program in Collective Health and the Residency Program in Family and Community Medicine. The study was conducted with nine participants, who were second year (R2) residents and recent graduates of the two residency programs mentioned above. For the collection of empirical data, semi-structured interviews were performed, in addition to the use of field diary records. The data set was analyzed from the perspective of Bardin's content analysis, thematic categorical modality. All ethical precepts were followed in the study, which was appreciated by the Research Ethics Committee and approved under number 5.375.901. **Results:** Most residents see CHE as a tool capable of contributing to changes in the work environment. However, they recognize obstacles to its operationalization in their routine in health services intrinsically to professionals' work process. Residents in Family and Community Medicine, in particular, were more distant from the CHE concept proposed by the National Policy on Permanent Education in Health and by most scholars on the subject. Furthermore, greater emphasis is needed on the conceptual alignment between Continuing Education and Ongoing Education, so that they are used appropriately and at the right time for each one. The study also showed that the scenarios in which the Health Residency Programs are inserted and the course of this training proposal point to the need for greater reflection and debate. Minimum study/work conditions and the non-use of residents as a cheap workforce must be ensured by programs and managers under the understanding that residents are part of a training process and not just care.

Final considerations: Even in the face of several obstacles and challenges in implementing CHE in daily practice, residents recognize the residency program as a space that promotes greater use of this tool and how important CHE is for redirecting their practices. The limitation of the study imposed by the pandemic period, and the reinforcement of future studies on the subject are noteworthy.

Keywords: Continuing Health Education. Professional training in health. Residency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação continuada
EP	Educação permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
e-SF	Estratégia de Saúde da Família
FSM	Faculdade Santa Maria
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PREPS	Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PRMSC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Residências em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SES-PB	Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS	17
1.1.1	Objetivo Geral.....	17
1.1.2	Objetivos Específicos	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	Processos de Formação do Trabalho em Saúde	18
2.2	Educação Permanente em Saúde (EPS)	21
2.3	Residências em Saúde (RS)	23
3	PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1	Tipo de estudo	28
3.2	Campo de estudo	28
3.2.1	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	29
3.2.2	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC)	29
3.3	Participantes	30
3.4	Procedimento de coleta e produção do material empírico.....	30
3.5	Controle de qualidade.....	31
3.6	Análise dos dados.....	32
3.7	Considerações Éticas.....	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	65
	ANEXO A – PARECER DO CEP	66
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	68

1 INTRODUÇÃO

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início dos anos de 1990, houve uma expansão de serviços e intervenções na área da saúde, o que exigiu uma reorientação das ações e estratégias no campo da gestão do trabalho, bem como da formação dos trabalhadores. Desde o movimento da Reforma Sanitária já havia sinalização da necessidade de uma política pública específica para a Educação na Saúde que fosse capaz de repensar os modelos tradicionais, desarticulados com as necessidades atuais e futuras dos serviços (CARDOSO et al., 2017).

No que se refere ao ensino superior no Brasil, a Lei n.º 9.394/96, mais conhecida como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), rege o ensino superior, através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), editadas pelo Ministério da Educação a partir de 2001 (BRASIL, 1996; BATISTA et al., 2018). Na área da Saúde, as DCNs têm por objetivo a reorientação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação para a formação de profissionais voltados para os princípios e diretrizes do nosso SUS, enfatizando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Essas diretrizes almejam que esses futuros profissionais desenvolvam competências e habilidades que os tornem aptos a atender as pessoas em suas necessidades, pautados na qualidade, eficiência e resolutividade (BATISTA et al., 2018). Destarte, as DCNs vieram fortalecer o cenário que apontava para a necessidade de construir inovações curriculares a partir de novas concepções nas instituições de ensino (COÊLHO; MIRANDA; COUTINHO NETO, 2019).

Nesse contexto, ao observamos o processo formativo desenvolvido durante a graduação das várias profissões da saúde, constatamos alguns desafios centrais como: o ensino fragmentado, projeto pedagógico dicotômico, enfoque biologicista, base hospitalocêntrica, discente como passivo e receptor de informação, docente na posição de agente transmissor da informação, distanciamento dos programas de ensino em relação a necessidades da população e afastamento do processo de trabalho SUS (BATISTA et al., 2018). De forma cultural, o país tem favorecido a detenção das competências e habilidades exclusivamente por conta do lugar de produção de cuidado, a partir da perspectiva uniprofissional (BATISTA et al., 2018).

Percebe-se, nos cursos de graduação em saúde, que os componentes curriculares de abordagem socioantropológica ficaram em segundo plano, fruto do modelo Flexneriano que privilegiou uma formação biologicista, técnica, individual, mecânica e orientada para doença e não para saúde. Resultante disto, uma parcela considerável dos egressos dos diversos cursos de saúde adentra no mercado de trabalho desprovida, não apenas do conceito, mas sobretudo, de como promover saúde na prática (EMMI; SILVA; BARROSO, 2018).

Diante desse cenário, entende-se que é imprescindível que a formação desses profissionais supere o modelo tradicional, pautado no paradigma cartesiano/flexneriano, em que o modelo biomédico, a fragmentação e a especialização do conhecimento predominam (LEAL et al, 2018).

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) já apontou para a necessidade de uma formação profissional mais voltada para as reais necessidades dos sujeitos e das populações. Para que isto aconteça se faz necessário que, as áreas da educação e da saúde em conjunto com o controle social, reflitam e discutam suas responsabilidades frente às demandas apresentadas no campo da formação, bem como da atenção a saúde, a partir do binômio teórico/prático do fazer saúde (FRENK et al., 2010).

Diante dessa problemática e do interesse de superação desse paradigma, surgiram as propostas de modificação na formação em saúde no país advindas principalmente da 8ª Conferência de Saúde e dos movimentos sociais organizados. Em seu artigo 200, a Constituição Federal de 1988 reza que a formação de recursos humanos em saúde é de responsabilidade do SUS (BRASIL, 1990).

Considerando essa responsabilidade de formar profissionais alinhados ao SUS, é consensual na literatura a necessidade de mudanças nos processos formativos dos cursos, com uso de metodologias ativas e formação de discentes mais autônomos e ativos. Nesse sentido, Freire Filho et al., (2019) defendem que a formação em saúde precisa atender as necessidades de saúde em sua dinamicidade e complexidade, levando em consideração que o redirecionamento no modelo de atenção necessita estar associado a uma concreta reorientação do processo formativo, sendo estes interdependentes.

Diante disso, foi com base nessas reflexões, e desse cenário desafiador que exigia mudanças nos processos formativos em saúde, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída através da Portaria GM/MS

nº 198/2004 (BRASIL, 2004) e por meio da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, teve suas diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2007).

Ainda nesse projeto político destacamos a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, que possibilitou consideráveis avanços no campo da educação na saúde (BRASIL, 2018). A criação da SGTES e, conseqüentemente a implementação da PNEPS se configuram importantes avanços no tocante a formação e qualificação dos trabalhadores do campo da saúde (BRITO et al., 20220). Todavia ainda existem desafios a serem vencidos, entre eles destaca-se a necessidade de adoção para que a PNEPS seja efetivamente implementada, bem como adotar medidas para realizar sua atualização, que se fazem necessárias frente às novas cobranças demandas na saúde (BRASIL, 2018).

Considerada uma estratégia importante para subsidiar processos de mudanças em contextos institucionais, a Educação Permanente em Saúde (EPS), tem como base o ensino problematizador e a aprendizagem com significados. A EPS parte do princípio de que o processo ensino-aprendizagem se dá a partir das reflexões geradas no cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, é possibilitado ao profissional refletir sobre condutas, buscando assim, traçar novas estratégias e percorrer outros caminhos, a fim de vencer fragilidades tanto no campo individual, quanto coletivo (PEREIRA et al., 2018).

Nessa perspectiva, a EPS enquanto estratégia de ensino no serviço apresenta potencialidades para contribuir com a melhoria das condições de trabalho e com a qualidade dos serviços em função de suas características teóricas-metodológicas que priorizam o uso de metodologias ativas de aprendizagem, princípios da problematização e da contextualização da realidade, aliados ao estímulo do pensamento reflexivo do profissional. Todavia, a literatura evidencia que a implementação de processos de ensino-aprendizagem baseados num modelo crítico-participativo não ocorre com facilidade, o que faz com que a educação tradicional prevaleça, mesmo passados quase vinte anos de criação da política nacional de EPS (PEREIRA et al, 2018).

No que concerne aos cursos da área da saúde, *lócus* de reflexão e prática desses princípios, temos as Residências em Saúde (RS), em todas as suas modalidades, como cursos de pós-graduação que convidam os profissionais de saúde para o exercício no SUS. A formação traz em sua essência a implicação do

trabalhador, que almeja mais que um título acadêmico. Ele deseja obter ferramentas para superar os obstáculos impostos no dia a dia e transformar o ambiente que atua (TORRES et al., 2019).

Da ótica das possibilidades de EPS, as Residências em Saúde se colocam como um dos eixos de ação da PNEPS, extremamente importante enquanto processo formativo. Através dos programas de residência busca-se atingir um cuidado integral, construído a partir das contribuições dos diferentes núcleos de profissões (TORRES et al., 2019).

Assim, o presente trabalho buscou responder aos seguintes questionamentos: A EPS tem contribuído para o redirecionamento do processo de formação do residente em saúde? E, verificando essa contribuição, como a EPS se insere e tem contribuído para o redirecionamento do processo de formação do residente em saúde? Quais as percepções de residentes sobre a EPS?

A escolha pela temática se deu em face da escassez na literatura de estudos relacionados aos elementos da EPS no campo das residências em saúde. Todavia, esta avaliação faz-se importante visto que permite compreender e mensurar o grau de contribuição da EPS enquanto agente reorientador da formação das residências em saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender a Educação Permanente em Saúde (EPS) no contexto da formação em saúde de dois programas de Residências em Saúde do sertão paraibano.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a percepção dos residentes do segundo ano (R2) e recém-egressos sobre a EPS e sua relação com a formação na residência;
- Analisar a contribuição da EPS no redirecionamento da formação;
- Identificar possibilidades/desafios para a efetivação da EPS no âmbito do processo formativo nas RS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Processos de Formação do Trabalhador em Saúde

Para Bispo Júnior e Moreira (2017), dentro do sistema de saúde, a formação da força de trabalho constitui-se um elemento crítico. O país ainda possui um processo formativo estruturado no ensino disciplinar, tendo as ciências biológicas como fonte basilar do conhecimento. No contexto atual, quando muito, se consegue treinar técnicos habilidosos, contudo, com pouco comprometimento no que diz respeito a políticas públicas e as transformações no campo social, imprescindíveis para assegurar uma condição de saúde mais favorável. Com isso, os profissionais formados a partir desse modelo, tendem a não conhecerem ou até mesmo, desenvolvem aversão ao SUS.

Os autores enfatizam que não se trata de uma problemática exclusiva do Brasil. De acordo com a Comissão Independente Global para Educação dos Profissionais da Saúde, as fragilidades encontradas no processo de formação são vistas na maioria dos países. Sendo possível destacar a fragilidade no trabalho em equipe, enfoque predominantemente técnico, compreensão limitada quanto ao contexto dos territórios, predomínio da visão hospitalocêntrica e capacidade de liderança baixa para causar impacto no desempenho do sistema de saúde.

Em 1986, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, abordou a relação entre a formação profissional e o sistema de saúde em vigor, momento no qual foi enfatizada a importância da integração ensino-serviço (EMMI; SILVA; BARROSO, 2018).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) o processo formativo não deve ser pautado apenas na busca por um diagnóstico, terapêutica, prognóstico, causa ou prevenção de doenças e seus agravos. É preciso promover condições que atendam às necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, da gestão e do controle social, levando a uma condição de autonomia dos sujeitos de maneira que este alcance a condição de influenciar na formulação das políticas de cuidado.

Os autores destacam ainda que a atualização técnico-científica não deve ser encarada como pilar central, ela é apenas um dos aspectos a serem trabalhados na qualificação das práticas. Além do conhecimento adequado a cerca do SUS, a

formação compreende aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que domine as tecnologias para a atenção de cunhos individuais e coletivos de saúde. A NOB/RH-SUS diz ainda que os novos direcionamentos teóricos e de produção tecnológica na área da saúde, trouxeram a necessidade de novas condutas profissionais.

As Portarias GM nº198/2004 e GM nº 1.996/2007 rezam que os processos de qualificação dos trabalhadores sejam pautados nas necessidades e realidades locais de saúde, que objetivem transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em si e que, principalmente, se estructurem na problematização dos processos de trabalho de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

A educação para o trabalho é tida como matriz qualificadora para a assistência à saúde das pessoas. Com a ampliação do sistema de saúde do país vivida na década de 70, gerou-se a necessidade de desenvolver força de trabalho para atuar no setor, o que alavancou o aparecimento de vários programas de formação, que procuraram desenvolver modelos político-pedagógicos voltados a promover o diálogo entre o ensino e os serviços de saúde. Mesmo com esses avanços, a crítica sobre o modelo preponderante da educação realizada através de cursos esporádicos, com função apenas de atualização, capacitação ou especialização voltada para uma determinada classe de profissionais, continuava. O modelo empregado utilizava metodologias baseadas na transmissão do conhecimento e não aconteciam no ambiente de trabalho. (CARDOSO et al., 2017).

Para Freire (1987), nos métodos pedagógicos tradicionais o educador é colocado na posição de sujeito, onde os educandos são levados a memorizar mecanicamente o que lhes foi narrado. Assim, os educandos estão como “vasilhas” vazias a serem “enchidas” por quem educa. Nesta concepção, quanto mais encher esses recipientes, melhor será o educador. E quanto mais se deixar encher, passivamente, será o educando. Dessa forma, a educação torna-se um mero ato de depositar, onde os educandos são os depositários e o educador o depositante, que ao invés de comunicar-se, faz comunicados. O que o pensador chama de “educação bancária”. Destarte, os educadores, que se julgam detentores do conhecimento, doam seu saber aos educandos, tidos como desprovidos do saber. O pensador

segue dizendo que, nesse olhar equivocado de educação, a criatividade, a transformação e o saber não existirão. Pois só haverá saber no inventar, no reinventar, no buscar constante, que o homem faz no mundo, com o mundo e com os outros (FREIRE, 1987).

O trabalho e a educação na saúde vêm sendo debatidos internacionalmente. Reflexões relacionadas às políticas, regulamentações e intervenções ligadas à educação, capacitação e prática profissional têm sido amplamente discutidos, sobretudo, enfocando a importância da formação baseada nas necessidades demandadas pelo trabalho (WHO, 2015).

O tema está posto como compromisso dos países na agenda 2030, integrando o rol de estratégias adotadas para o fortalecimento dos sistemas universais de saúde, tendo sido reafirmado na Conferência Panamericana de Saúde, que aconteceu na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, no ano de 2017. A conferência abordou o panorama dos recursos humanos em saúde a nível continental, e trouxe o perfil profissional inadequado, condições de trabalho precárias, produtividade baixa e desempenho pouco qualificado, como sendo os principais desafios inerentes ao tema (EUA, 2017).

Vivemos um momento em que experimentamos necessidades de saúde decorrentes das modificações demográficas, epidemiológicas e a inserção de agravos característicos das transformações socioculturais. Assim, um modelo de cuidado em saúde fragmentado, não consegue atender a estas demandas postas a partir destas variáveis. O cenário exige um profissional apto a ofertar um cuidado voltado para a integralidade das pessoas, o qual consiga incorporar o trabalho colaborativo no seu cotidiano (FREIRE FILHO et al., 2019).

Para Silva e Brotto (2016), para além da precarização da política de Saúde e do trabalho no SUS vivida nos últimos anos em nosso país, há dificuldade para os profissionais formadores atuarem segundo a perspectiva crítica do movimento sanitaria e trabalhar sob a lógica do multiprofissionalismo e com participação do controle social, conforme preconiza o SUS. Esses entraves fazem gerar reflexões a respeito de como estes trabalhadores, já graduados e atuando num sistema fragmentado, assumirem o compromisso em formar novos profissionais, com perfis diferentes, especialmente, considerando que estes estudantes estão inseridos em serviços que apresentam forte tendência ao trabalho fragmentado e a alta rotatividade dos profissionais decorrente da privatização e flexibilização.

2.2 Educação Permanente em Saúde (EPS)

Com bases firmadas sobre a reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde possui constitucionalmente a atribuição de ordenar a formação dos profissionais de saúde. Desta forma, pautadas nas diretrizes do SUS, as políticas públicas de saúde do país, têm ocupado papel de destaque no desencadeamento de mudanças no processo de educação destes profissionais (BRASIL, 2018).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde cria a SGTES e assume institucionalmente a responsabilidade de elaborar e implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia pioneira do SUS para a formação dos trabalhadores da saúde (CARDOSO et al., 2017). Embora tenha sido lançada nesse mesmo ano, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde só foi institucionalizada no ano seguinte, através da publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a PNEPS como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (FRANÇA et al., 2017).

A criação da SGTES, no ano de 2003, foi marcante na política de educação dos profissionais da saúde, o que permitiu institucionalizar a política de educação na saúde e estabelecer iniciativas voltadas à reorientação da formação profissional, com vistas a enfatizar a integralidade do processo saúde-doença, a valorização da Atenção Básica e a integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, objetivando proporcionar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018).

Até a criação da SGTES aconteceram algumas ações importantes no contexto da EPS, contudo, não de forma específica enquanto uma política. Só após a criação da secretaria foi possível observar um arcabouço legal das legislações que tornaram as diretrizes relacionadas com a PNEPS mais evidentes SUS (FRANÇA et al., 2017).

Em 2007, com a publicação da Portaria nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, diversas mudanças aconteceram, como a reafirmação da construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS) e das ações educativas na saúde norteados pelos princípios da EPS; a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES),

que substituiria os Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde. As CIES passaram a posição de instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes participantes da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. A elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde foi outra obrigatoriedade trazida pela Portaria 1.996/2007, assim como o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros para a gestão da educação na saúde e a articulação entre os atores estratégicos no âmbito estadual para a consolidação da PNEPS (FRANÇA et al., p. 75, 2017). A política destaca ainda a importância de considerar as especificidades e desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, bem como a capacidade de oferta institucional de ações formais de educação na saúde já instalada (BRASIL, 2018).

Atualmente a principal estratégia institucional para a qualificação dos profissionais do SUS no Brasil é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ela representa um marco no campo da formação e trabalho em saúde no País (BRASIL, 2007; BRASIL, 2018).

Contudo, é primordial que compreender o conceito básico de educação na saúde, já que este, repetidamente é usado para nomear outras variantes, assim como educação em saúde e educação para a saúde. Segundo o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, p. 20, 2013).

Para Santos et al., (2017), a educação se constitui um processo universal e social, fundamental para existência e funcionamento da sociedade. Do ponto de vista da prática profissional, os autores percebem a educação sob a vertente da Educação Continuada (EC) ou da Educação Permanente (EP). A primeira estaria mais relacionada às experiências advindas após a formação de base, que possibilitam ao profissional manter-se atualizado no campo técnico-científico. A educação continuada vem com o objetivo de atualizar os trabalhadores da saúde, a fim de que estes possam ter um bom desempenho no desenvolvimento das atribuições inerentes a sua atuação profissional. Além de atender a constante evolução técnica e científica, ela busca ainda responder aos anseios sociais e aos objetivos e metas das instituições.

Envolvendo atividades que apresentam período de execução pré-estabelecido, a educação continuada utiliza-se, predominantemente, da metodologia de ensino tradicional, os cursos formais de pós-graduação são exemplos. Ela está ainda relacionada a atividades de educação que buscam gerar conhecimento técnico-científico de forma sequencial e acumulativa por parte do trabalhador, através de práticas mais formais de escolarização, como também experiências na área de atuação profissional, na esfera institucional ou fora dela (BRASIL, 2013).

Para o Ministério da Saúde (MS) a EPS é um processo que se aprende no trabalho, ao passo que o ensinar incorpora-se ao dia a dia das instituições e ao trabalho. Baseada na aprendizagem com significado e na possibilidade de transformar o fazer dos profissionais, a EPS ocorre no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007).

A EPS é, portanto, uma estratégia político-pedagógica que tem por objeto lidar com as demandas e problemas provenientes do processo de trabalho em saúde e agrega o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no dia a dia do trabalho, a fim de produzir mudanças neste cenário. Destarte, a EPS almeja qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho nos diversos níveis do sistema, vislumbrando a prestação de serviço mais acessível, de qualidade e humanizado e um processo de gestão político-institucional do SUS, mais fortalecido nos seus três entes federados (BRASIL, 2018).

Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam que a EPS se inserida no cotidiano da gestão setorial e na condução gerencial dos serviços de saúde, faz com que o SUS assuma uma posição natural de interlocução junto às instituições de formação, no que diz respeito à formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, deixando assim, de ocupar um lugar de mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

2.3 Residências em Saúde (RS)

Em 1978, surge nos Estados Unidos a primeira Residência em Saúde (RS). No Brasil a primeira experiência aconteceu na Universidade de São Paulo (USP), no ano de 1945. Nos dois países as ofertas foram para o curso de medicina (SILVA, 2018). Posteriormente em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro começa também a ofertar um curso (MARCHI; CARDOZO, 2015).

Regulamentada na década de 1960, a pós-graduação brasileira foi impulsionada em decorrência da necessidade de fortalecimento da formação avançada, associada à demanda por capacitação profissional e desenvolvimento acadêmico, objetivando a promoção e potencialização da expansão da formação superior. Os cursos de pós-graduação podem ser classificados em dois grupos: *stricto sensu* e *lato sensu*. Na categoria *stricto sensu* estão inseridos os mestrados e doutorados, acadêmicos ou profissionais. Já na categoria *lato sensu* estão inseridas as especializações e residências, que contemplam profissionais com vínculos junto a empresas, serviços e órgãos públicos (REGO; MUCCI, 2015).

Nesse contexto, os programas de residência estão caracterizados por área: residência profissional da saúde (uniprofissional) e multiprofissional em saúde. Sendo programas voltados basicamente para a formação em serviço. São realizados em regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos e carga horária de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais (BRASIL, 2012). Dessa carga horária total, 80% devem ser de atividades práticas e teórico-práticas, com ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social, e os 20% restantes são dedicados à atividade teórica, podendo ser incluídas todas as profissões da área da saúde, sendo que o programa precisa ser constituído de, no mínimo, três dessas profissões para ser considerado RMS (BRASIL, 2012).

A fim de oferecer suporte pedagógico-assistencial, os programas dispõem do apoio de tutores, professores e preceptores. Os componentes curriculares são pautados nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem e metodologia problematizadora (BERNARDO et al., 2020).

Dentre os programas de residência, a médica é um curso de Pós-Graduação *lato sensu*, regulamentado no país através do decreto presidencial nº 80.281 de setembro de 1977, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BRASIL, 1977). Em 1981, a Lei nº 6.932 estabeleceu que o CNRM deveria credenciar os programas de residência médica, em que após a conclusão do curso o Ministério da Educação (MEC) concederia o título de especialista aos residentes. Definiu também que a comissão estipularia o valor mínimo da bolsa e exporia as atividades concernentes ao médico residente (BRASIL, 1981).

Nas décadas de 50 e 60 aconteceu uma ampliação gradual na oferta de programas de residência médica, em resultado da motivação do corpo clínico ou pelos residentes, como consequência de dois fenômenos: área médica em franco

desenvolvimento tecnológico, o que estimulou à especialização, e a ampliação no número de vagas nas Universidades onde já existia o curso de medicina (FEUERWEKER, 2000). Com o passar do tempo a modalidade de especialização se tornou o “padrão ouro” no campo da formação médica (BRASIL, 2006).

Em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), especificamente na cidade de Porto Alegre, foi vivida a primeira experiência de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Intitulada de Residência Integrada em Saúde Coletiva, ela acontecia na atenção básica e era voltada para assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (SILVA, 2018). Nos anos 90 diferentes programas de RMS começaram a surgir, demandados pelos Fóruns de Participação da Saúde, na perspectiva do cuidado integral (BRASIL, 2006).

Uma maior interlocução entre Educação e Saúde começou a surgir a partir de 2003, com o propósito de o governo ofertar vagas multiprofissionais para o máximo de categorias profissionais, como meio incentivador para o desenvolvimento do trabalho em equipe e o cuidado integral na formação em saúde (BRASIL, 2006).

Contudo, só no ano de 2005 foram publicadas a Lei nº 11.129 e a Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2117, instituindo as Residências Multiprofissionais em Saúde em Área Profissional da Saúde no Brasil, com o objetivo de formar de maneira coletiva equipes em saúde, favorecendo a integralidade do cuidado, considerando todos os níveis de atenção à saúde e gestão do sistema articulado às residências uniprofissionais, que são aquelas voltadas para uma única categoria profissional e a residência médica (BRASIL, 2005).

Com a normatização veio à criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), sob a responsabilidade compartilhada entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, a RMS abrange as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, com exceção da Medicina (BRASIL, 1998).

Para Silva (2018), a RMS é um inovador modelo formativo, que almeja descobrir novos horizontes, atentando para a necessidade de saúde do cenário no qual está inserida. Estão presentes nessa conformação de residência, a integração de saberes e conhecimentos dos diferentes núcleos profissionais, visando à

qualificação do trabalho, com base nos princípios e diretrizes norteadores do SUS. Sendo utilizadas estratégias como a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e a assistência multiprofissional.

Segundo Bernardo et al., (2020), a RMS configura-se como oportunidade para que os profissionais de saúde adquiram uma compreensão integral do binômio saúde/doença, aliado aos aspectos socioculturais e políticos locais, além de possibilitar maior segurança e qualificação para a atuação no SUS.

Na implementação dos programas de residência, o discurso central é baseado na busca de uma nova concepção sanitária e pedagógica, assim como um trabalho colaborativo pautado na interdisciplinaridade. É importante frisar que o financiamento do MS junto às instituições e secretarias estaduais de saúde é um elemento fundamental para o funcionamento desses programas, já que estas recebem investimento financeiro para custear bolsas para alunos, preceptores e tutores (SILVA; BROTTTO, 2018).

A formação em serviço, supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), supervisão acadêmica (tutoria), o regime de dedicação exclusiva, os cenários de formação e a prática em serviço da rede de atenção à Saúde, nos três níveis de complexidade, são características contempladas pelas RMS (SILVA; BROTTTO, 2016).

Para os autores a reorientação do trabalho, através dessa modalidade de formação não pode ser baseada unicamente numa fala oficial. É necessário investir na qualidade dos serviços de Saúde, no intuito de que os profissionais possam adequar-se a um processo de trabalho à luz do que reza o SUS; não apenas focar na expansão das vagas nos cursos.

Assim, mesmo diante dos esforços em construir uma formação em saúde articulada aos princípios dos SUS, pode estar havendo um fortalecimento ainda maior da lógica do mercado nas políticas de Saúde, induzido pela proposta atual das residências em Saúde, em que é possível observar esse fortalecimento, influenciado pelo neoliberalismo, tanto na substituição de profissionais vinculados aos serviços por mão de obra mais barata, temporária e precarizada, como também nos esforços de expandir e levar para o interior do país ações de saúde através das residências, em locais sem estruturação, sem ter garantida a articulação entre os espaços e com escassez de profissionais aptos a desenvolvem atividades de tutor, supervisor e docente dos componentes curriculares, o que acaba por comprometer a própria

expansão das ações, como também o processo formativo desses profissionais (SILVA; BROTTTO, 2018).

Em relação a investimento financeiro, um relatório elaborado pela CNRMS, mostrou que entre 2005 e 2009 o MS direcionou cerca de R\$ 178.000.000,00 (cento e setenta e oito milhões de reais) para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e alguns em Saúde Mental. Ainda de acordo com o relatório, até 2009 os programas de residências médica, uni e multiprofissional eram financiados pelo MS. O que veio a mudar a partir de 2009, quando o MEC lançou o projeto Implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais (BRASIL, 2009).

Segundo um Relatório do MEC, entre os anos de 2010 e 2014 houve um aumento de cerca de 700% em relação ao financiamento de bolsas através do órgão. Também foi possível observar um aumento por volta de 50% no número de bolsas direcionadas à residência médica. Sendo financiadas 5.626 (cinco mil, seiscentas e vinte e seis) bolsas em 2010 e 8.236 (oito mil, duzentas e trinta e seis) bolsas para residentes médicos (BRASIL, 2014).

Silva (2018) aponta que o vertiginoso aumento no financiamento das bolsas de residência sugere o estratégico papel que essa modalidade de ensino em saúde vem alcançando com o passar dos anos, sobretudo, a partir de 2010, quando o MEC começa a participar da gestão e financiamento dos programas.

Por fim, as RS mostram-se como importante processo de formação quando se discute as possibilidades de EPS, sendo considerada um eixo de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (SALVADOR et al., 2011). Disso decorre a importância de estudos e pesquisas nesse âmbito da formação em saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Essa pesquisa é um recorte do projeto maior com título “A Educação Permanente e a Interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba”, que é financiado pelo edital do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS da FAPESQ-PB, no período de 2021-2023.

Posto isso, esse desdobramento, com ênfase na EPS em duas RS do Estado da Paraíba, foi desenvolvido a partir de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.

De acordo com Flick (2013) a pesquisa qualitativa busca apreender os significados subjetivos dos fenômenos a partir das percepções dos participantes. Segundo Gil (1999), com essa abordagem é possível aprofundar-se na investigação dos aspectos relacionados ao fenômeno que se estuda e suas relações, valorizando o contato direto com a situação estudada. Ademais, na concepção de Bogdan e Biklen (2003), o estudo qualitativo apresenta cinco características: O ambiente como fonte natural dos dados; dados descritivos; maior preocupação com o processo e não apenas com os resultados e/ou produtos; análise de dados de forma indutiva e; extrema consideração ao significado.

3.2 Campo de estudo

Os cenários de investigação foram o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC), que desenvolve suas ações nos municípios de Cajazeiras, Catolé do Rocha e Sousa e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), que ocorre nos municípios de Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Santa Helena, Sousa e Triunfo.

O PRMSC possuía, no período de coleta de dados, um estudante R2 e dez recém-egressos. Já o PRMFC contava, no mesmo período, com onze alunos R2.

3.2.1 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC)

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva é ofertada desde março de 2018 pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES-PB), com objetivo de formar sanitaristas, graduados em diferentes profissões da área da saúde, para compreender a organização e funcionamento do SUS, com foco nas ações de gestão do Sistema, atuando com maior ênfase no planejamento, nas redes de atenção à saúde e na educação em saúde, contribuindo para promover ações de saúde coletiva nas diferentes esferas do SUS nas regiões de saúde do sertão da Paraíba, abrangendo a III Macrorregião de Saúde, com sede nos municípios de Cajazeiras, Catolé do Rocha e Sousa. Sua atuação está vinculada à estratégia do apoio institucional, potencializando a formação a partir da vivência orgânica na gestão do SUS.

3.2.2 Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC)

O PRMFC da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba surgiu da necessidade de ampliar a formação de médicos de família e comunidade para atuarem, preferencialmente, na Estratégia de Saúde da Família no alto sertão do estado. É um programa pioneiro na região, que teve início em 2016 e ocorre por meio da parceria com a Faculdade Santa Maria (FSM) tendo, como unidade-escola as Unidades de Saúde da Família dos municípios parceiros: Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Santa Helena, Sousa e Triunfo. Atualmente, possui 12 vagas (6 para R1 e 6 para R2). Com duração de dois anos, o PRMFC objetiva potencializar as práticas na atenção básica dos municípios conveniados por meio da Estratégia de Saúde da Família (e-SF), qualificando profissionais para trabalhar o "indivíduo, a família e a comunidade, com o envolvimento multidisciplinar para a prevenção, promoção e reabilitação de doenças" (Braga, 2020). Da carga horária do residente, 32 horas são nas unidades de saúde, com atividades ambulatoriais (mínimo de 24h), visitas domiciliares, grupos, reuniões de equipe etc. Há ainda um turno de ambulatório de especialidades e um plantão semanal de 6h e 2 turnos de atividades teóricas. Reforça-se ainda que além das aulas teóricas, os médicos residentes passam por todos os setores da rede municipal e estadual atendendo nas Unidades Básicas de

Saúde, na urgência e emergência e nos principais programas da Saúde, visando assim a integralidade das ações (Braga, 2020).

3.3 Participantes

Participaram do estudo nove residentes dos dois programas de RS cenários da pesquisa, sendo cinco do PRMSC e quatro do PRMFC. Estes eram profissionais da enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e psicologia. Os critérios de inclusão foram: estar ativo no programa e ter concluído o primeiro ano da RS, considerando todos os núcleos profissionais. Foram excluídos os residentes que estavam de licença médica, afastados por qualquer motivo ou com matrícula interrompida.

3.4 Procedimento de coleta e produção do material empírico

Para a coleta de dados empíricos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que ocorreram no período entre abril e maio de 2022. Segundo Laville e Dionne (1999) esse tipo de entrevista apresenta um roteiro que utiliza como base o arcabouço literário, os objetivos e hipóteses do estudo. Triviños (1987) afirma que a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos e que de acordo com as respostas dos participantes, podem surgir novas hipóteses.

O instrumento para a entrevista foi elaborado pela equipe do projeto e submetido à avaliação de *experts* para a validação de conteúdo. Nesse processo de validação pretendeu-se revisar os aspectos potenciais de investigação da EPS e testar a força científica da representatividade, assim como clareza das categorias elencadas pelos pesquisadores.

Além de trabalhar na elaboração do instrumento, a equipe do projeto reunia-se periodicamente para qualificações: discussão do arcabouço teórico-metodológico, capacitação em pesquisa qualitativa e treinamento para a realização e a condução das entrevistas. Esses encontros formativos resultaram na elaboração de um Manual de Coleta de Dados (FORTE et al., 2021).

Quanto ao instrumento (APÊNDICE A), tratou-se de um roteiro com questões norteadoras, que orientou o pesquisador na condução das entrevistas em torno do objeto de estudo. As perguntas eram abertas para proporcionar respostas livres e

buscavam, principalmente: apreender sobre como a experiência do R2 e recém-egressos dialoga com o movimento de reorientação da formação e do trabalho em saúde no contexto do SUS; qual a compreensão do residente em relação à EPS e como esta foi desenvolvida durante o curso; e quais as fragilidades e desafios desse processo o R2 consegue destacar.

Em virtude de estado pandêmico, as entrevistas precisaram ser alteradas para o formato remoto síncrono, utilizando o ambiente virtual Google Meet®, que é uma plataforma de videoconferência de acesso gratuito, de uso tanto individual como coletivo. Para utilizá-la, os usuários poderiam baixar a plataforma ou usar no navegador web, contudo, é preciso criar uma conta no google para ter acesso a mesma (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020). Utilizamos a plataforma acessando com o e-mail institucional da Universidade, com isso, o tempo de utilização foi ilimitado, não correndo o risco de o acesso ser interrompido durante a entrevista.

Para a realização das entrevistas foi encaminhado um convite para todos os residentes, contendo a identificação do pesquisador, assim como, o título e os objetivos do estudo. O texto também explicava que a entrevista aconteceria de forma remota, através da plataforma Google Meet®. Diante do aceite do residente em realizar a entrevista, era agendado o dia e hora para realização da mesma. No dia da entrevista o pesquisador enviava o link de acesso à sala, juntamente com link do *Google forms* contendo o TCLE (ANEXO B) para ser assinado pelo entrevistado. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores que, antes de iniciá-las, solicitava aos entrevistados autorização para fazer a gravação do áudio da mesma, justificada pela necessidade de posterior transcrição do conteúdo, que por sua vez, foram gravados com uso do gravador de voz do aparelho celular que foi posicionado do lado do computador.

3.5 Controle de qualidade

Foram adotados procedimentos padronizados no intuito de garantir a qualidade dos dados coletados. Assim, para que a coleta fosse padronizada foram realizados treinamentos com os pesquisadores, com discussão detalhada dos procedimentos de coleta de dados. Reuniões entre pesquisadores e grupo de pesquisa também garantiram a manutenção da padronização de coleta. A equipe de campo foi treinada antes do início do estudo e reavaliada durante a coleta. Ao longo

da coleta de dados, houve digitação para monitorar o andamento do processo. O grupo também realizou a validação das categorias analíticas.

Ademias, foi adotado o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) com o propósito de possibilitar o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados desta pesquisa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

3.6 Análise dos dados

O material áudio gravado das entrevistas, que totalizou 5 horas e 48 minutos foi transcrito por colaboradores do projeto e em seguida validado pelo pesquisador através da audição dos áudios, acompanhando a leitura do material transcrito. Após essa etapa os registros foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2014), na modalidade de categoria temática.

A análise de conteúdo envolve um conjunto de técnica de análise, aplicável a textos escritos ou a qualquer comunicação, seja ela oral, visual, gestual, reduzida a um texto ou documento. Essa técnica de análise tem por objetivo compreender de forma crítica, o sentido das comunicações, seu sentido manifesto ou latente e seus significados explícitos e implícitos (BARDIN, 2014).

Para Chizzotti (2000), diferentes procedimentos podem ser empregados na decodificação de um documento, a fim de obter o significado profundo das comunicações nele contidas. Esta escolha do procedimento mais apropriado será pautada no tipo de material a ser analisado, nos objetivos do estudo, e no posicionamento ideológico e social do pesquisador. Ainda segundo o autor os procedimentos podem utilizar da decomposição do texto a partir da análise lexicológica, da classificação de acordo com categorias, da análise de enunciação ou da análise de conotações.

A análise de conteúdo busca diminuir o volume de informações contidas na comunicação, a fim de reduzir a características particulares ou categorias conceituais, que possibilitem passar da descrição para interpretação ou investigação dos atores sociais no contexto cultural em que a informação é produzida (CHIZZOTTI, 2000).

De acordo com Bardin (2014), os critérios de organização de uma análise consistem em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase o material que compõe o *corpus* da pesquisa é organizado. São

escolhidos os documentos, as hipóteses são formulados e elaborados os indicadores que nortearão a interpretação final.

Deste modo, na segunda fase da análise é onde acontece a chamada “leitura flutuante”, nesta fase são elaborados as hipóteses e os objetivos da pesquisa. A autora recomenda a elaboração de um índice organizado em indicadores. Ao final desta etapa os dados devem ser codificados, ou seja, transformados sistematicamente e agregados em unidades. Já o processo de codificação dos dados restringe-se à escolha de unidades de registro, em linhas gerais, é o recorte que se dará na pesquisa. Para a autora, uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo este ser um tema, uma palavra ou uma frase (BARDIN, 2014).

Sob o olhar da análise do conteúdo, as categorias são vistas como classes que reúnem elementos com características comuns. No procedimento de escolha de categorias, podem ser adotados critérios quanto a semântica (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Tal procedimento permite a junção de um número expressivo de informações organizadas das etapas de inventário, no qual os elementos comuns são isolados; e de classificação, no qual os elementos são divididos e organizados (BARDIN, 2014).

Desta forma, as entrevistas foram transcritas e arquivadas em Word, apresentados sem correções gramaticais. Para assegurar o anonimato, os sujeitos da pesquisa foram codificados com as letras SC para os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e as letras MFC para os do Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade, acrescido do código alfanumérico segundo a ordem de que os participantes foram entrevistados.

Posteriormente, os dados narrativos foram organizados em quadros no Word, a partir de unidades de registro e de contexto, as quais emergiram por meio da frequência de semelhanças.

Logo após, foram realizados os recortes dos discursos dos participantes do estudo, considerando a convergência com o conteúdo semântico. Em seguida os fragmentos do texto foram agrupados para delimitação das categorias temáticas.

Superada esta etapa, as categorias analíticas foram interpretadas, à luz da literatura pertinente ao objeto de estudo que a presente pesquisa se propõe a estudar.

Durante a realização das entrevistas e o processo de transcrição das mesmas, categorias temáticas foram formuladas a partir das primeiras impressões do pesquisador, perante a realidade apresentada no discurso dos entrevistados. Em seguida, essas categorias foram aperfeiçoadas por meio da análise do referencial teórico e do aprofundamento dos relatos dos participantes, resultando nas categorias finais, quando os recortes das falas dos participantes levaram a compreensão significativa do texto, as quais serão apresentadas nos resultados e discussão.

3.7 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido a Plataforma Brasil para apreciação, tendo sido aprovado conforme o parecer 5.375.901.

O pesquisador atuou minimizando riscos e potencializando os benefícios e garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados entre os participantes deste estudo.

As coordenações das Residências em Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado da Saúde da Paraíba (ESP-PB) autorizaram a realização do estudo, assim como os participantes foram devidamente esclarecidos quantos aos procedimentos da pesquisa, seus riscos e benefício e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) manifestando sua livre adesão à pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico, produzido a partir dos depoimentos, resultou na identificação das seguintes categorias e subcategorias analíticas:

Quadro 1 – Apresentação das Categorias e Subcategorias analíticas

Categorias analíticas	Subcategorias analíticas
1. Concepções dos Residentes sobre a EPS	1.1 Educação Permanente <i>versus</i> Educação Continuada: Definir para implementar?
	1.2 Distanciamento entre discurso e prática
2. Percepção dos residentes sobre o processo de trabalho das equipes, na perspectiva da EPS	2.1 O Trabalho em equipe como um desafio e uma conquista para transformar o cuidado em saúde
	2.2 Importância do processo formativo das residências na produção de novos saberes
	2.3 Mudança da finalidade no processo de cuidar em saúde: Reorientação do modelo biomédico
3. Interiorização dos Programas de Residência: Potencialidades e fragilidades para a efetivação da EPS	3.1 Melhoria de acesso aos serviços de saúde e à qualificação de profissionais
	3.2 Precarização dos serviços, da rede e influências de questões políticas

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Categoria 1. Concepções dos Residentes sobre a EPS

Esta categoria elenca como os residentes concebem a EPS e vislumbram a sua prática nos seus cenários de atuação.

1.1 Educação Permanente *versus* Educação Continuada: definir para implementar?

A EPS compreende um movimento que confronta todo o processo de desconstrução e construção no que se refere ao pensar a formação das profissões da saúde. Tal movimento caminha na busca pela mudança do formato hegemônico da educação tradicional, hierarquizada, centrada nas relações de poder e com foco na formação e no trabalho uniprofissional, resultando num conhecimento e cuidado fragmentado, dificultando o lidar com a complexidade e dinamicidade das demandas do campo da saúde (OGATA et al., 2021).

Quando questionados acerca da temática, a concepção de EPS, a maioria exprimiu uma visão oriunda do conceito mais ampliado de EPS proposto pela PNEPS e adotada neste estudo. Contudo, alguns residentes fizeram forte correlação com a educação continuada, trazendo em seus relatos a realização de capacitações e atualizações específicas e pontuais como sendo momentos de EPS que identificaram durante sua experiência na residência.

A gente fazia uma reunião [...] e começava a dialogar com aquele profissional sobre as dificuldades que eles estavam encontrando naquele contexto de trabalho [...] o que eles gostariam de executar mas não tavam conseguindo, o que [...] acham que era melhor (SC4)

Talvez se tivesse, por exemplo, encontros para serem discutidos problemas reais que acontecem nas UBS com os residentes e possíveis condutas naqueles casos que a gente tivesse dificuldade na prática, não só encontros com base na teoria. (MFC1)

Nas falas dos residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade, em especial, há uma compreensão muito intensa de que a educação permanente, para eles se dava por meio de avaliações teóricas, das dúvidas que eram sanadas pelo preceptor e pelas orientações destes quanto à conduta terapêutica, conforme observamos nos depoimentos listados:

[...] temos aulas teóricas e fazemos provas também pra poder ver nossos conhecimentos como é que estão (MFC3)

A questão da educação permanente como eu te disse: não foi a das melhores, a forma como a gente se atualizava era através desses encontros teóricos, através da discussão de casos clínicos e consequentemente a busca por novas referências de literatura para que a gente pudesse se atualizar nesse sentido (MFC4)

É, pelo que eu entendi, ela (EPS) é realizada para manter os profissionais mais, [...] eu vou utilizar outro termo, é uma reciclagem profissional, pelo que eu entendi. Ela é mais voltada nesse sentido, em que aqueles profissionais que às vezes tão adormecidos na sua prática técnica ou na sua prática do seu serviço. Então, ela vem mais pra fortalecer esse processo de reciclagem do conhecimento desses profissionais (SC2)

Rossetti et al., (2019) enfatizam que, mesmo reconhecendo que o modelo de gestão alicerçado nas capacitações de trabalhadores através de manuais e treinamentos, desde os primórdios do funcionamento do SUS, é falho - posto se tratar de uma metodologia inadequada e insuficiente, já que compreendia o profissional como ser desprovido de um conhecimento prévio - anos após, ainda são compreendidas e adotadas tais práticas como sendo EPS.

Diferente do que foi falado por alguns residentes participantes desse estudo, a EPS objetiva fazer com que o aprendizado ocorra através da problematização dos cenários reais de práticas e que este possa gerar transformações nos fazeres que acontecem nesses espaços de acordo com suas necessidades. Já a educação continuada pauta-se na transmissão de conhecimento, sem grandes impactos do ponto de vista de modificação do cotidiano (SADE et al., 2019).

Todavia, as falas dos residentes evidenciam uma discussão emergida há anos no Brasil, fortemente aflorada a partir das reflexões oriundas da implementação da PNEPS que trazia a dualidade entre as noções de educação permanente em saúde e educação continuada como tema central da discussão e que, até os dias de hoje, encontra-se dissenso entre alguns autores (CARVALHO; TEODORO, 2019).

Talvez em decorrência dessa falta de consenso na literatura, o estudo proposto pelas autoras optou por não fazer diferenciação entre os termos EPS e EC. Entretanto, entendemos que, à medida que estes conceitos não são discutidos, acaba por perpetuar a execução de ações e direcionamentos que se distanciam do que é trazido na PNEPS e por renomados estudiosos que se debruçam sob a temática (CARVALHO; TEODORO, 2019).

Com isso, não estamos querendo reforçar a ideia de que, apenas o fato de conseguir fazer a distinção conceitual entre educação permanente em saúde e a educação continuada é suficiente para gerar resultados ou mudança de práticas, porém, compreendemos que a não diferenciação entre elas as coloca na mesma cesta, sendo que, diversos autores mencionam claras e contundentes diferenças entre a EPS e a EC, podendo ainda serem complementares entre si. Para Jesus, Ribeiro e Araújo (2020), a identificação e distinção das práticas de EPS vêm ganhando força e importância, uma vez que possibilita visualizar os entraves que cercam o processo de efetivação da EPS.

Segundo Ogata et al., (2021), enquanto a EPS almeja a transformação de práticas e aprendizagem significativa, tem como foco a interdisciplinaridade e

multiprofissionalidade, se organizando a partir da valorização do trabalho como fonte de conhecimento, utilizando estratégias de ensino participativas que propiciam a reflexão das práticas. A EC baseia-se na transmissão de conhecimentos, direcionada as categorias profissionais, a partir da fonte de conhecimento de cada área, empregando estratégias pedagógicas com enfoque nos eventuais treinamentos e cursos.

Desta forma, entende-se que, certamente o conhecimento e apropriação dos referidos conceitos apresentam relação com sua devida implementação, uma vez que, quando utilizada para finalidade inadequada não surtirá o efeito esperado/desejado, o que fará com que haja a falsa percepção de que a abordagem foi ineficaz, quando na verdade ela foi empregada em uma situação que carecia da utilização de outra ferramenta pedagógica para que tal objetivo pudesse ser alcançado.

1.2 Distanciamento entre discurso e prática: resistência dos profissionais

A partir das falas de alguns participantes do estudo é possível perceber que, além de apresentarem compreensão à luz do que é proposto pela PNEPS, alguns residentes reconhecem o importante papel que a EPS possui enquanto ferramenta pedagógica. Para além disso, estes relatam as dificuldades de efetivação dessa prática na rotina do processo de trabalho, evidenciando um distanciamento entre o discurso e prática, como expressam os relatos:

Eu acredito também que [...] ainda viva muito no campo das ideias (EP) [...] mas a prática, de fato, [...] não acontece, ao meu ver [...] em algumas instituições acontece, mas [...] é muito incipiente ainda pra esse poder que ela tem de transformar as instituições, de transformar os processos de trabalho, de melhorar esses processos de trabalhos, otimizar (SC1).

Um profissional acomodado, que muitas vezes não tem uma perspectiva de futuro, e tá num serviço no interior que paga pouco, você virar pra ele e querer que, ou exigir que haja EP é até utópico, porque não vai acontecer [...] se for depender deles, nunca vai acontecer EP (SC4)

Mas você vai num serviço, tem uma pessoa que é formada há 30 anos, exerce a profissão há 30 anos, tá fazendo a mesma coisa todos os dias, você vai falar de EP? Ela vai olhar para o

colega do lado e vai falar: ‘Ah, esses meninos acham que vão fazer alguma coisa? E continua, segue o jogo. Entende?’ (SC3)

Correio e Correio (2018), ao descreverem à experiência vivenciada numa residência multiprofissional em saúde em um hospital vinculado à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), relatam que além da dificuldade de disponibilidade de espaços para atuação e discussão da equipe, uma vez que alguns ambientes não comportavam o grupo de residentes; os momentos destinados à discussão e troca de experiências era limitado pela pouca participação dos preceptores e profissionais do serviço, já que, mesmo mediante constantes convites estes não se propunham a participar, quer seja pela indisponibilidade de horário ou pela ausência de interesse dos mesmos. Alguns depoimentos corroboram com os achados pelos referidos autores. Os residentes encontraram considerável dificuldade na efetivação e continuidade da EP enquanto prática instituída. Diversas falas apontam que a manutenção de tais práticas eram descontinuadas da rotina tão logo os residentes seguiam para outros serviços, conforme vemos nas falas:

[...] a gente conseguia executar a EP, só que é um processo de alguém que tá chegando no serviço e tá realizando com alguém do serviço. Muitas vezes você não consegue deixar para aquelas pessoas realizarem a EP, você até consegue falar: “Oh, reflexão, vamos entender o que está acontecendo no serviço” demonstrar as demandas, mas você vira as costas e os trabalhadores vão fazer o que estão acostumados a fazer todos os dias [...] Muitas vezes o que eles não querem é ter algo a mais pra fazer” (SC3)

Só que aí com a nossa saída para o segundo ano, para os serviços da rede de atenção à saúde, acabou se desvirtuando a ponto de não acontecer mais esses momentos. Então, não foi, de fato, incorporado naquele processo de trabalho esse momento de reflexão que poderia, a partir dali, também, gerar mudanças, gerar melhorias (SC1)

[...] muitas vezes, se perde ali mesmo. Os profissionais até procuram atuar, construir essa EP, mas, muitas vezes, pra alguns, algumas coisas são interrompidas ali no meio do processo” (SC5)

Rossetti et al., (2019), descrevem que a maioria dos profissionais reconhecem a EPS enquanto processo gerador de mudanças de postura, todavia, para outros,

essas mudanças não ocorrem por resistência de alguns trabalhadores. Para os autores, a própria conformação do sistema de saúde restrita ao mero cumprimento de manuais e legislação, acaba por travar um processo que deveria acompanhar a dinamicidade do fazer saúde. Desta forma, quando o processo de reflexão acerca das práticas do cotidiano no serviço é colocada à margem e não há a incorporação da EPS nos cenários de produção do cuidado, prevalece a visão individual e estanque de alguns atores. Os depoimentos a seguir trazem justamente essa compreensão dos residentes a respeito do desejo e disponibilidade dos trabalhadores acerca do processo de implementação e modificação dos cenários através da EPS. Para eles, a efetiva participação dos trabalhadores é um fator decisivo para o sucesso na institucionalização da EPS.

[...] quando a gente encontra um profissional que tem essa mesma mentalidade, tem essa mesma percepção a gente acaba conseguindo barrar os empecilhos e fazer, mas quando não, os empecilhos são maiores (MFC2)

Não é uma coisa tão difícil (EP), pelo menos não de você entender mais ou menos, pode ser difícil de você implantar no dia a dia, principalmente quando você se depara com pessoas que não querem mudar (SC4)

Para Rodrigues et al., (2021), a implementação de momentos de educação permanente, organizados pelos residentes, oportuniza autoavaliação de prática e atua como elemento motivador, a partir do momento que valoriza o espaço de educação e possibilita novas perspectivas. Essas potencialidades da EPS são defendidas pelos autores pelo caráter de dinamicidade que a EPS pode conferir a um processo de trabalho que vem se tornando mecânico, em virtude da rotina do dia-a-dia, e em muitas situações a conduta é baseada no empirismo, em algumas ocasiões, correta, mas em outras não.

Categoria 2. Percepção dos residentes sobre o processo de trabalho das equipes, na perspectiva da EPS

Esta categoria buscou evidenciar como a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde relaciona-se com a concretude da EPS, segundo a visão dos residentes.

Como categoria analítica, usamos o conceito de Processo de Trabalho em Saúde formulado por Mendes Gonçalves (1992) e os seus três componentes: 1) Objeto representa aquilo que será transformado (matéria) e nessa análise se apresentou como o cuidado em saúde a partir do trabalho em equipe; 2) Instrumento, materiais e não materiais, representados nesse contexto pelos saberes e práticas dos profissionais; 3) Finalidade, que na perspectiva do modelo de atenção em Saúde Coletiva, representa a reorientação do cuidado, a partir da ruptura com o modelo biomédico e assistencialista.

2.1 O Trabalho em equipe como um desafio e uma conquista para transformar o cuidado em saúde

Conforme observou-se nos resultados da pesquisa, os residentes percebem algumas fragilidades no processo de trabalho das equipes por onde passaram, conforme relatos a seguir:

O que eu percebi é que o trabalho em equipe [...] só era existente quando era exigido, quando alguma demanda necessitava que eles se reunissem [...] na realidade deles, no dia a dia deles isso não é uma, não é um acontecimento normal [...] é como se eles não contassem um com o outro (SC1)

[...] então, a gente acaba não tendo tempo de conversar com outro colega, de ter uma opinião ou então de trabalhar em conjunto, é que a realidade ainda é um pouco distante do que deveria ser [...] a gente não tem um vínculo, não tem uma conduta em conjunto (MFC2)

A partir destas falas, que desenham uma frágil dinâmica de trabalho, compreendemos que estas podem dificultar ou até inviabilizar a operabilidade da EPS nesses espaços. Jesus, Ribeiro e Araújo (2020), pontuam que para a efetivação da EPS os sujeitos precisam estar abertos à criação e dispostos a colaborar na resolução dos problemas. Assim, se a comunicação e interação entre os membros da equipe estão prejudicadas, as ações, que para funcionar necessitam deste conjunto de atores, também sofrem prejuízo.

Os depoimentos a seguir expressam entraves e desafios, identificados pelos residentes, como problemas na comunicação e falta de tempo e vínculo entre os profissionais que limitam o trabalho em equipe:

Apesar de dá a impressão de que todos ali tavam, digamos, no mesmo nível de conhecimento, de processo de decisão, mas sempre tinha uma certa hierarquização (SC1)

[...] já o segundo ano eu vim para uma outra unidade e foi um “baque” assim para mim porque foi uma equipe que já trazia outras limitações e que não se articulava bem, então era cada um na sua sala praticamente, exercendo sua atividade, sua consulta, suas atividades e não se dialogavam, então esse segundo eu me senti limitado a realizar atividades de educação, outras atividades extra muros da unidade, as primeiras atividade que eu fiz nesse sentido não tive cooperação, então acabei me sentindo limitado dessas duas experiências, e senti muita falta porque trabalho em atenção básica é trabalho em equipe, não só depende do médico, do enfermeiro, do dentista, depende de todo mundo (MFC4)

Peduzzi et al., (2020), afirmam que o trabalho em equipe é potente, que tanto pode promover melhores resultados na assistência de usuários e a comunidade, como pode fazer com que a satisfação dos trabalhadores seja potencializada. Os autores afirmam ainda que, frente à crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que exigem uma abordagem mais holística e voltada para as demandas do território, como também pela forma como se organizam os serviços e a rede de atenção à saúde, o trabalho em equipe torna-se imprescindível. Como falado anteriormente, a EPS e o trabalho em equipe possuem uma relação de codependência.

Apesar dos desafios, limitações e atravessamentos citados por alguns participantes do estudo, outros residentes descrevem situações potentes durante a experiência na residência no cotidiano dos serviços, conforme as falas abaixo:

[...] eu tive 2 unidades diferentes, a primeira eu vivenciei de forma plena muito tranquila e plena essa questão da equipe, era um trabalho muito unido, para a gente era uma equipe muito unida, trabalho com o enfermeiro, trabalho com o pessoal da equipe de vacina, com os ACS, eram muito presente [...] a gente tinha reuniões quinzenais da equipe a cada 15 dias para pensar como era que estava a sala de espera, se tinha alguma

queixa, como era que estava distribuição das visitas, alguma demanda de queixas já que a gente tinha a própria caixa de ouvidoria na unidade, então a gente sentava, conseguia dialogar bastante para melhoria dos serviços, e especificamente com a equipe [...] (MFC4)

Eu tive parceiras de residência da nutrição, então foram muitas trocas de conhecimento, ampliou o meu olhar para saúde. É tanto que hoje em dia eu me vejo não só como enfermeira [...] no próprio núcleo da residência [...] eu aprendi bastante a ouvir o outro, a considerar o conhecimento do outro e aprender com ele, o que ele tem da sua formação pra trazer que pode contribuir na minha ação (SC1)

[...] tudo é decidido em conjunto e a opinião de todo mundo é bem escutada [...] (MFC2)

Precisamos considerar que os entraves para o bom andamento do trabalho em equipe podem ocorrer em virtude de diversos fatores, dentre eles destacamos a alta demanda de usuários para atendimento, bem como o excesso da burocratização exigido na rotina, que tendem a fazer com que os trabalhadores fiquem submersos e voltados, apenas, para o cumprimento de tais tarefas, sem espaços/momentos para refletir sobre o seu processo de trabalho.

2.2 Importância do processo formativo das residências na produção de novos saberes

Nesta subcategoria são trazidos depoimentos que retratam o quanto o modelo formativo pode implicar na conduta e compreensão do fazer saúde no cotidiano dos trabalhadores nos serviços. Com base nas falas, podemos considerar que os residentes reconhecem na residência um processo de ensino-aprendizagem distinto das experiências de formação vividas anteriormente, com potencial de redirecionamento de práticas e desenvolvimento de novas perspectivas.

É importante destacar que, o processo de formação estabelecido com os trabalhadores do SUS não deve ser ancorado pela ideia de preenchimento de frestas deixadas na graduação, mas, que este seja disparador de constante indagação do fazer e do produzir em saúde e do modelo tecnicista, com intuito de modificação de práticas, que transponham o olhar puramente clínico e technoassistencial (ROSSETTI et al., 2019).

[...] eu venho de uma visão totalmente diferente e, hoje, eu saí assim com uma mente muito aberta dentro desses processos de construção de saúde no campo da gestão (SC2).

Uma coisa que mudou bastante foi o meu olhar mais reflexivo [...] uma forma de trabalhar mais reflexiva, não só repetindo práticas alheias, mas refletindo sobre aquilo que acontece no meu processo de trabalho e como aquilo vai impactar as pessoas, a população, os usuários (SC1)

Então, tem que estar disposto a ler e a buscar conhecimento na área e de uma forma muito ampla, muito multiprofissional, você tem que se despedir da sua formação” (SC1)

[...] ela (funcionária) [...] disse: [...] isso aqui chega pra mim assim, chegou pra mim assim quando eu entrei aqui, e eu continuo reproduzindo diariamente (SC1)

“Um profissional que tá ali, que muitas vezes é um profissional que tá a mil anos no serviço, ele precisa parar e repensar o que ele tá fazendo todos os dias. Então, isso é difícil, entende?!” (SC3)

Segundo Bezerra e Cury (2020), a residência enquanto modalidade formativa proporciona modificações no campo pessoal e profissional, oriundas da aprendizagem com significados. O próprio grupo de residentes se torna espaço de facilitação, aprendizado e maturação no campo profissional, à medida que o compartilhamento de vivências possibilita a superação de limitações individuais.

É possível inferir que o aprendizado proporcionado pelo ensino em serviço instiga a experiências individuais, uma vez que trás a necessidade de adequação às diferentes situações demandadas nos serviços de saúde. A relação entre os próprios residentes é relatada por Araújo et al., (2021), como positiva e única, capaz de promover aprendizado a partir das vivências e práticas dos demais.

Além disso, foi mencionado que o aprendizado a partir do convívio com colegas de outros núcleos profissionais, possibilita adquirir conhecimentos que permitem adoção de condutas mais próximas das necessidades das pessoas. Foi percebido ainda que a residência permitiu que houvesse identificação e compreensão acerca das habilidades e competências do colega, o que também favoreceu a construção de novos conceitos a respeito de outras categorias.

[...] a gente dialogava sobre muitas coisas, fazia reuniões periódicas sobre as dificuldades dos serviços, as limitações, até a uma reflexão sobre nossa própria atuação quando a gente estava desanimado. Então, nesse sentido da residência eu tive uma experiência maravilhosa nesse trabalho em equipe, as outras residentes que estavam comigo nessa passagem, a gente conversava tudo, planejava tudo junto, cada um tinha uma facilidade com uma coisa e a gente se complementava (SC4)

Eu com as minhas habilidades, eu posso suprir algo que os demais colegas não tenham e eles da mesma forma, me suprir habilidades e conhecimentos que eu não tenho. E, dessa forma, a gente vai avançando, aprendendo e melhorando [...] É você trazer o que você já adquiriu e juntar com aqueles demais. E até mesmo não só na parte de conhecimento teóricos, como conhecimentos da sua prática, das suas experiências que você já teve, habilidades, até mesmo habilidades, por exemplo, habilidades emocionais, formas de lidar com o outro (SC1)

Ela (residência) me deu essa visão mais holística e diferenciada dos processos de trabalho. Eu percebi que dá pra gente trabalhar de uma maneira que o conhecimento do farmacêutico, tanto técnico, enfim, conhecimento do farmacêutico, do fisioterapeuta, do dentista, da assistente social, eles vão se complementar. E a construção do conhecimento é justamente dessa forma, entende?! O conhecimento de cada um que é compartilhado, e aí chega num todo. Então essa é, assim, de uma potência gigantesca, gigantesca, essa parte multidisciplinar né. E essa residência multiprofissional, ela nos traz, nos mostra. Então, pra mim, assim, foi uma quebra de paradigma” (SC2)

[...] a gente sempre atuava juntos né, cada um nas suas diferentes profissões, contribui de forma pra fazer aquele trabalho (SC5)

Conforme podemos observar, os depoimentos trazidos demonstram que os residentes reconhecem o espaço da residência e a troca entre os colegas, como um espaço de fundamental importância no campo do aprendizado coletivo e para o reconhecimento de competências e habilidades dos demais profissionais. As falas enfatizam o quanto os distintos saberes foram necessários para execução das atividades.

2.3 Mudança da finalidade no cuidado em saúde: reorientação do modelo biomédico

A importante e necessária modificação no processo de formação do trabalhador de saúde ocorre justamente pela necessidade de alinhamento ao modelo de cuidado que foi se estabelecendo no SUS ao longo dos anos, em que a ótica meramente biologista não dava mais conta de suprir as demandas de diversas ordens que os indivíduos apresentavam. Desta forma, a subcategoria trás os relatos que demonstram que houve, por parte dos residentes, uma mudança na cultura do cuidado, oportunizando maior aproximação do cuidado integral e holístico, centrado no sujeito e nas necessidades que estes apresentam, como relatado a seguir:

Porque não é só isso, é promoção da saúde, é desde promover práticas na comunidade, práticas na escola, é... e em todas as áreas, né, desde a alimentação, a sexualidade, a meios de vida, a exercícios físicos [...] o usuário precisa fazer parte disso, buscar a sua saúde, buscar essa integralidade na saúde (SC1)

[...] as doenças elas não se resumem somente a patologia em si, mas um conjunto de coisas [...] conhecer onde a população está inserida, a família daquela população [...] eu comecei a atender toda uma área e conhecer as pessoas, hoje eu já conheço onde elas moram, quais os problemas (MFC1)

[...] fui amadurecendo enquanto profissional e entendendo a saúde nessa amplificação do que ela é (SC1)

A gente explica, explica as opções, explica os riscos, explica os benefícios e em conjunto do médico com o paciente a terapêutica é escolhida (MFC2)

Desenvolvi muito a habilidade nessa parte de educação em saúde, de conversar com a população de uma forma mais horizontal conseguindo ter um diálogo melhor através de rodas de conversa (SC1)

Esta missão (formação pautada na integralidade do cuidado) se configura como uma tarefa complexa. Cavallil e Rizzotto (2018), chamam a atenção de que mesmo diante de tantas discussões voltadas para reestruturação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação da saúde, os profissionais ainda apresentam dificuldades quanto à mudança de práticas. Para elas, os fatores econômicos,

mercadológico e as demandas sociais e das instituições de saúde; atreladas a predileção pelas práticas especializadas e a dependência das tecnologias, não favorecem para que, de fato a implementação das modificações dos currículos aconteçam e consigam propiciar mudança nesses discentes que sairão para o mercado de trabalho.

Assim, o aprendizado em serviço assume importante lugar, frente às carências presentes na formação dos trabalhadores da saúde. Para que isso seja possível, compete a EPS, utilizando-se da pedagogia problematizadora, favorecer para que este profissional tenha a capacidade de refletir sobre o seu fazer cotidiano e consiga agregar novos elementos a sua formação, capazes de modificar práticas e gerar autonomia e motivação do sujeito, a fim de que a integralidade do cuidado seja alcançada (GLERIANO et al., 2018).

Categoria 3. Interiorização dos Programas de Residência: Potencialidades e fragilidades para a efetivação da EPS

Além das temáticas que dizem respeito às concepções da EPS e da sua contribuição para a formação na residência, uma outra **problemática** esteve muito presente nas falas dos residentes, refletindo às particularidades de programas de residência que acontecem no interior do estado, diferente da maior parte deles que se localiza em grandes centros urbanos, e que se constituem, na análise desse estudo, como potencialidades e desafios para a efetivação da EPS no âmbito do processo formativo nas RS.

Destarte, essa categoria emergiu a partir dos depoimentos dos participantes sobre a implantação de programa de residência em municípios de pequeno porte e no interior do estado. As falas expressam a dualidade entre o que eles consideravam como potencialidades e fragilidades dessa interiorização, ou seja, a melhoria do acesso a serviços de saúde para a população e para os profissionais que querem essa qualificação *versus* a precarização desses serviços em função das dificuldades inerentes aos pequenos municípios, à organização da rede e as questões político-partidárias que se apresentam com desafios no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

3.1. Melhoria de acesso aos serviços de saúde e à qualificação de profissionais

A implantação dos programas de residência em saúde em cidades do interior do estado é uma das estratégias para garantir a interiorização da formação profissional em saúde, com vistas à redução das desigualdades de saúde entre as regiões, uma vez que o objetivo é a fixação do profissional especialista nesses pequenos municípios e não apenas nos grandes centros urbanos (HUNGARO; CESARIO, 2022).

Quando questionados sobre como eles avaliam a implantação de um programa de residência no interior, os residentes expressam pontos positivos e fragilidades. No que concerne às potencialidades, eles destacam a melhoria do acesso tanto para a população como para os profissionais que querem a especialização e não precisam se deslocar para a capital, conforme depoimentos que seguem:

Então, a residência, [...] indo pro sertão, [...] traz... uma ampliação para os profissionais daquela região, eles conseguem ter uma visão melhor, [...] da organização, do estado e de tudo mais, e de como é que os processos acontecem, mostra também a questão do protagonismo da região do sertão em virtude do SUS e tudo mais... porque no sertão e no interior, as pessoas e os profissionais, [...] têm uma visão que, [...] tudo é João Pessoa...Então a residência, ... sendo interiorizada ... ajuda a fortalecer esses profissionais que estão naquela região e também ser um elo, um elo intelectual, né? (SC2)

Nossa, é algo muito inovador. Até mesmo para os profissionais que atuam aqui no sertão. É uma nova oportunidade para eles se especializarem e até mesmo ter essa Residência, porque muitos não podem se deslocar para capital e essa Residência traz essa proposta que de abrir espaço para esses profissionais também que atuam aqui no sertão. De ficar mais próximo da sua casa (SC5)

Em recente estudo, realizado por Hungaro e Cesario (2022), cujo objetivo foi apresentar potencialidades, fragilidades e as repercussões do processo de implantação do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, em um município de pequeno porte no interior do Estado de São Paulo, foi evidenciado que, os programas de residência, que em geral funcionam

nos grandes centros, quando desenvolvidos em localidades do interior do país tendem a impulsionar consideráveis avanços tanto nos serviços, como na qualificação dos trabalhadores.

Alinhado a isto, Nascimento, Paim e Carmo (2020), ressaltam que a implementação de programas de residência de forma regional é potencializador da formação, uma vez que, permite aos profissionais de regiões menos favorecidas, que o desejo de cursar uma residência seja realizado, podendo se candidatar a uma vaga no seu próprio município ou em algum próximo dele, o que em muitos dos casos representa sua primeira experiência profissional.

Ademais, outra potencialidade percebida por Araújo et al., (2021) em seu estudo, é uma maior proximidade entre residentes e usuários, o que os levou a conhecerem as demandas sociais e de saúde daquelas pessoas, isso a partir da interação com profissionais de outros dispositivos da rede de atenção. Essa mesma concepção foi identificada nesta pesquisa, conforme depoimento a seguir:

[...] aqui no Sertão a gente acaba entrando mais na casa das pessoas, acaba vivenciando mais isso, então meio que a gente faz parte da família, faz parte realmente da comunidade, acredito que em cidade grande seja um pouco mais difícil, aqui é uma relação um pouco mais próxima (MFC2)

Em relação ao papel ou o que o residente tem por atribuições é constantemente alvo de questionamentos, tanto da parte dos profissionais que compõem os serviços onde estes atuam, como também por parte dos próprios residentes. Para Martins, Kuss e Wunsch (2019), este fato ocorre em virtude dos papéis e responsabilidades que, por repetidas vezes o residente assume que deveriam ser atribuídos aos servidores da instituição. Os autores ressaltam ainda, que o papel do residente não está claro para a equipe, já que, ora ele é tratado como estudante, ora como trabalhador do serviço. Em um estudo realizado por Silva e Brandão (2019), os residentes afirmam que se sentiam e eram vistos como profissionais e não como estudantes, o que contribuiu positivamente para que estes amadurecessem nos serviços, tomando para si a responsabilidade de um profissional. Já para alguns residentes deste estudo, a falta de clareza do seu papel perante os profissionais dos serviços foi uma dificuldade presente, como evidencia a fala abaixo:

[...] muitas vezes você tá num espaço que as pessoas não conhecem bem o que é a residência, e de você ser limitado em muitos espaços por causa disso [...] Eu acredito que no futuro a tendência é que o residente do interior tenha o papel dele melhor entendido por esses profissionais e aí dessa forma ele consiga atuar de uma forma mais efetiva” (SC4)

3.2. Precarização dos serviços, da rede e influências de questões políticas

Embora tenham reconhecidos potencialidades de localização dos programas de residência no interior, a menção às fragilidades e desafios foi mais prevalente e relevante nos depoimentos dos participantes da pesquisa.

Entre as fragilidades mais mencionadas, temos a precarização dos serviços e a insuficiência da rede de serviços, conforme podemos comprovar nos depoimentos que seguem:

[...] dificuldade às vezes no manejo das doenças no PSF[...] coisas básicas que a gente poderia resolver no PSF, a gente às vezes não consegue resolver por falta de instrumentos, falta de medicações, entre outros (MFC 1)

Por ser no interior a gente tem um pouco de dificuldade em relação a encaminhamentos, especialistas [...] até a atenção básica mesmo é um pouco diferente de um local mais próximo da capital (MFC 3)

[...] ir para um lugar pequeno assim, onde os serviços muitas vezes são precários que a gente teve contato; foi bem complicado, sabe?! Até pra atuar mesmo. Foi uma dificuldade, tivemos momentos adversos, digamos assim (SC3)

[...] alto sertão paraibano, e essa região da gente fica realmente num outro extremo aos grandes pólos, existe uma dificuldade de saúde porque os equipamentos de alta tecnologia eles não chegam até aqui (SC4)

A falta de suprimentos básicos e as dificuldades de organização da rede para retaguarda clínica-assistencial geram sentimentos de impotência frente às fragilidades apresentadas no funcionamento do sistema de saúde, o que por vezes acaba trazendo consequências por sua inadequação e insuficiência (PINTO; CYRINO, 2022).

[...] essa precariedade mesmo da rede, porque, assim, por mais que a gente esteja ali para ajudar a planejar e a fazer acontecer, mas a gente não tem o poder de transformar o espaço físico ou de fazer surgir um novo serviço que às vezes é tão necessário na região (SC1)

[...] alguns ambulatorios como psiquiatria, vascular, cardiologia que complementariam nossa visão da atenção básica, a gente só tinha a vinculação com a clínica da faculdade e às vezes tinha pouca demanda, não tinha uma demanda fixa, era bem limitada a demanda (MFC4).

Quanto a estas questões, Silva e Brotto (2016) demonstram intensa preocupação, ao colocarem que a lógica de mercado nas políticas de Saúde pode estar sendo fortalecida, mesmo havendo empenho do movimento sanitário em fortalecer a formação em Saúde articulada aos princípios do SUS, a medida que trabalhadores estáveis dos serviços são substituídos pelo residente, uma força de trabalho mais barata, de cunho temporário e precarizado.

Assim, quando o processo de interiorização dos programas, no intuito de expandir as ações de saúde, através da inserção de residentes, ocorre em espaços desestruturados, sem as devidas garantias de articulação entre os serviços e profissionais formadores, há uma tendência destes residentes terem a formação comprometida. Esse pensamento é identificado no depoimento seguinte:

[...] atentar quando forem abrir locais para os residentes atuarem é em relação a localidade a UBS que está colocando aquele resistente, a gente tem muito problema com isso aqui no Sertão, um local que não tem suporte nenhum para receber um residente [...] posto lotado, os pacientes (audio chiando) por atendimento médico e quando a gente entra na residência muitas vezes o posto passou 2 ou 3 anos sem médico e aí quando você vê é aquela enxurrada de paciente [...] Porque uma consulta com um residente, para você aprender ali naquele local tem que ser uma consulta demorada, uma anamnese, um exame físico, então tudo isso requer muito tempo, para você fazer sua conduta você precisa pensar no que você vai prescrever e aí a gente não tem isso, infelizmente (MFC3)

Além das dificuldades e limitações relacionadas à estrutura física e a insuficiência da rede de atenção, fragilidades pedagógicas também foram apontadas pelos residentes.

[...] os preceptores não dão suporte bom pra gente, é o que eu posso falar pra você e nesses 2 anos que eu estou na residência, agora que a gente iniciou a parte teórica [...] a gente ficou à mercê muitas das vezes [...] a gente não sabia nem quem era o preceptor, isso aí prejudica bastante (MFC3)

[...] aqui a parte de tutoria foi bem frágil também (MFC4).

Como eu te falei, é sair desse campo das ideias, do que é Educação Permanente, mas é buscar que dentro desses locais, por exemplo, no caso da residência, possam ser preceptores; que esses preceptores, estejam preparados pra otimizar processos de Educação Permanente realmente junto com esses residentes, sentar e planejar e refletir e buscar melhorias, tanto pro programa, que também é interessante que a Educação Permanente, ela possa melhorar o programa em si, como também melhorar as práticas do local onde os residentes estão inseridos. Eu acho que é necessário talvez, capacitação dos preceptores, no caso da residência, pra que sejam instigadores pra fazer acontecer a Educação Permanente (SC1)

Preceptores são trabalhadores com atuação nos serviços de saúde e que supervisionam as atividades do residente, guiando-se pelo projeto pedagógico do programa de residência, além de buscar fortalecer a articulação da teoria com a prática, problematizando e buscando explicações e soluções que possibilitem a modificação do cenário real (BERNARDO et al., 2020).

Eu, na minha experiência eu tive uma preceptora muito boa, ela já vem aí de uma estrada do governo, ela já participou por várias qualificações, inclusive de educação permanente entre outras [...] eu costumava dizer que nós fomos privilegiados, né. Por ter uma preceptora que, no nosso caso, entendia muito do que tava fazendo e dava muito suporte aos residentes [...], aqui da nona região (SC4)

Diante de tamanha responsabilidade conferida ao preceptor no processo formativo do residente, é fundamental que este possua formação adequada para atender as demandas que lhe são colocadas no cotidiano, desafio posto não só para os programas inseridos em regiões mais longínquas, como descrevem Moreira et al., (2022), em estudo que mostrou que mais da metade dos preceptores entrevistados não tiveram qualificação introdutória para o exercício da preceptoría e quase todos

desconheciam o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de graduação/residência em que exercia a preceptoria. Evidência encontrada também na pesquisa realizada por Girard et al., (2019), na qual os preceptores relatam intensa dificuldade no desempenho da função, já que, foram escolhidos aleatoriamente pela chefia e não lhes foi oferecida a possibilidade de qualificação para adentrarem no campo na preceptoria em saúde, o que segundo os autores, propicia lacunas perceptíveis nos cenários de práticas.

Outra fragilidade percebida e referida pelos residentes diz respeito à forte influência de questões políticas no processo de trabalho conforme ilustrado no depoimento seguinte:

[...] existe muita politicagem, [...] troca de serviços em virtude da política [...] várias vezes chegou o pacientes [...] querendo que a gente realizasse um ou outro serviço [...] como a solicitação de um exame que às vezes a gente nem avaliou o paciente, que às vezes nem critério para ser solicitado, porque foi vereador tal que pediu, então os próprios municípios, eu não sei se é a falta de uma conversa mais incisiva ou desconhecimento ou até sabe, mas finge não saber, que o residente é um estudante, um profissional diferenciado que está em formação e que tenta dentro dessa formação estabelecer os critérios da qual ele é orientado para executar as suas ações, não pelo simples assistencialismo político, então no Sertão é uma dificuldade muito grande, inclusive acaba tendo entraves com relação a uma série de questões de atividades, porque a gente fica limitado a servir os políticos e as demandas política (MFC4)

Essa problemática - questões políticas - é uma realidade de muitos municípios brasileiros, não só os paraibanos, ampliada ainda por uma situação em que os trabalhadores da APS apresentam vínculos trabalhistas precários e que não geram fixação, o que acarreta a elevada rotatividade desses profissionais, que em sua maioria trabalham em condições insatisfatórias, sem perspectivas de progressão de remuneração (GLERIANO et al., 2018) e ainda sob forte influência de mudanças de gestão.

O relato expresso anteriormente ainda retrata o quanto o direito ao acesso a saúde é tratado como moeda de troca, em que o cidadão precisa utilizar de favores políticos para conseguir que algo, já assegurado por lei, seja efetivado, o que acaba

reverberando no processo de trabalho das equipes de saúde, que são atravessadas por interferências de cunho assistencialista, sem nenhum respaldo técnico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a maioria dos residentes, sobretudo os do Programa de Saúde Coletiva, percebe a EPS como potente mecanismo capaz de gerar transformações no ambiente de trabalho. Todavia, há uma compreensão de que a educação permanente se constitui um elemento externo ao processo de trabalho, o que representa trabalho adicional para que os profissionais a insiram em sua rotina.

Foi possível identificar ainda que existe a necessidade de discutir e diferenciar concepções e papéis da educação permanente e da educação continuada, haja vista que em grande parte dos depoimentos, especialmente os residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade, há uma compreensão muito mais aproximada das características da EC quando se referem às ações de EPS.

Entende-se que esta seja uma discussão central capaz de romper com a ideia que se trata da mesma coisa, já que EPS e EC apresentam finalidades distintas e que podem trazer prejuízos quando empregadas erroneamente em momentos e espaços que não apresentam carência de tal abordagem. Nesse sentido, compreende-se que a Escola de Saúde Pública, através das coordenações dos programas bem como os seus preceptores, possui papel e atuação imprescindíveis nessa condução.

Os relatos dos residentes mostraram também que há considerável dificuldade no que diz respeito à continuidade das ações de EPS no cotidiano dos trabalhadores, sendo estas interrompidas sempre que eles seguem para outro serviço da rede. O que aponta para o elevado grau de resistência dos trabalhadores na implementação desta ferramenta em seus processos de trabalho.

A partir das falas, sobretudo dos residentes de MFC, percebemos o quão se faz necessário à reflexão/ação quanto ao processo que está sendo construído no desenvolvimento dos programas de residência em saúde que acontecem no interior do país. Urge que as instituições que gerenciam os programas, gestores, trabalhadores e residentes discutam o caminho que vem sendo percorrido e para onde se deseja caminhar. É preciso pensar se este residente está de fato imerso em um processo de ensino-aprendizagem, o qual lhe permite e dar condições de apreender, ou sendo utilizado, majoritariamente, como mão de obra barata com finalidade meramente assistencialista.

É importante destacar que as informações coletadas são referentes ao momento mais intenso da pandemia do Coronavírus (Covid 19) que interferiu na realização de diversas atividades de tutoria/preceptoria e foi exigiu momentos remotos de orientação e consequente distanciamento entre residentes e preceptores.

Segundo observações feitas e registradas no diário de campo do pesquisador, percebe-se que esse distanciamento impactou no processo formativo e de aprendizado na residência, uma vez que, para estes residentes prevaleceu a sensação de “estarem sozinhos” na tomada de decisão em situações e demandas que careciam do direcionamento do preceptor.

Considera-se de extrema importância a validação do roteiro de entrevista pelo grupo e pelos experts, assim como a validação das transcrições por parte do pesquisador. Além do treinado que o mesmo recebeu para conduzir as entrevistas. Outro ponto a ser ressaltado diz respeito a parceira no âmbito ensino/serviço, nesta oportunidade representada pela ESP-PB, por meio de sua direção e coordenadores presentes nos encontros do grupo e nas discursões que aconteceram durante todo o período.

Quanto às possíveis limitações do estudo, aponta-se o momento pandêmico como potencial causador de modificação nos processos de trabalhos dos serviços de saúde, assim como, nas atividades pedagógicas dos referidos programas de residência. Por esta razão, sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos em torno da temática, a fim de que possam direcionar para o melhor emprego da EPS enquanto ferramenta transformadora da práxis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Heloísa Pimenta Arruda; SANTOS, Lucas Cardoso dos; DOMINGOS, Thiago da Silva; ALENCAR, Rúbia Aguiar. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, 2021, Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XQJs46fmqM6kHvTPGghsHJc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições, v. 70; 2014.

BATISTA, Nildo Alves; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; SILVA, Carla Cilene Baptista da; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; POLETTO, Patricia Rios. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 22, n. 2, p. 1705-1715, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

BERNARDO, Mariana da Silva; FABRIZZIO, Greici Capellari; SOUZA, Marina Leite; SANTOS, Thiago Oliveira; ANDRADE, Selma Regina. A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>>. Acesso em: 14 jul. 2021

BEZERRA, Mharianni Ciarlini de Sousa; CURY, Vera Engler. A experiência de psicólogos em um programa de residência multiprofissional em saúde. **Psicologia USP**, v. 31, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/WWtnvrPY9QPSn6CJM8jKgZb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017. <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>>. Acesso: Acesso em: 8 jul. 2021.

BRAGA, Kassandra Lins. A Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. In: Medeiros, GA, Morais RM, Beltrammi DGM, Nóbrega RV, Cintra VM. (Org.) **Residências Médicas do Estado da Paraíba: integrando teorias e práticas**. João Pessoa - PB. Ideia, 2020. p. 46-48.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.** Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, 6 de set. 1977.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da educação nacional. Legislação, Brasília, DF, dez. 1996.

_____. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

_____. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014.** Brasília: MEC, 2014.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Resolução nº 2, de 13 de Abril de 2012.** Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 16 Abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRITO, Maria Aparecida Timo; MORAIS, Musa Denaise de Sousa RODRIGUES, Ivalda Silva; SILVA, Adriana Fortaleza Rocha da; JESUS, Josefa Maria de; SILVA JÚNIOR, Jetro Williams. A política nacional de educação permanente em saúde e a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde brasileiro. In: PINTO, Isabela Cardoso de Matos; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo (Org.). **Política Nacional de Educação Permanente de Saúde: Monitoramento e avaliação.** Salvador: EDUFBA, 2022, p. 17-31.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo; COSTA, Patricia Pol; COSTA, Delaine Martins; XAVIER, Caco; SOUZA, Rosa Maria Pinheiro. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1489-1500, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CARVALHO, Wania Maria do Espírito Santo; TEODORO, Maria Dilma Alves. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2193-2201, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/MyJDq8JmGCstbWv65kSPqPQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CAVALLI, Luciana Osorio; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Formação dos médicos que atuam como líderes das equipes de atenção primária em saúde no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 31-39, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbem/a/bYZ5bM3YhMDxRnTPx7CKD9S/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>>. Acesso em: 23 jul. 2021. CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COELHO, Bernadete Perez; MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; COUTINHO NETO, Oscar Bandeira. A Formação-Intervenção na Atenção Primária: uma aposta pedagógica na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 11, p. 632-640, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190085>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

CORREIO, Natalia Gonçalves Mateus; CORREIO, Daniel Aragão Machado. A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n.2, p. 593-598, 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2951/pdf_1>. Acesso em: 28 nov. 2022.

EMMI, Danielle Tupinambá; Silva, Daiane Maria Cavalcante da; Barroso, Regina Fátima Feio. Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia. **Interface** (Botucatu), v.22, n.64, p.223-36, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0655>> . Acesso em: 27 jul. 2021.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Formação de médicos especialistas no Brasil**. Texto preparado para o curso Política de Rh para a gestão do SUS", realizado em Brasília, DF, em dezembro de 2000.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013. 256 p.

FORTE, Franklin Delano Soares; OLIVEIRA, Felipe Proença de; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; ALMEIDA, Luana Rodrigues de; TÓFOLI, Adriana Maria Macêdo de Almeida RODRIGUES, Pedro Alberto Lacerda; ALENCAR, Islany Costa; BRAGA, Lucineide Alves Vieira; ABREU, Bruna De Oliveira; SILVA, Cleiton Charles da; BARBOSA, Virgínia Matias de Oliveira; COSTA, Nathalia Gregório da; BARBOSA, Joao Bruno de Oliveira; TEIXEIRA, Barbara Rachelli Farias. **Manual de coleta da pesquisa**. A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba. Projeto Financiado pelo PP SUS – FAPESq – e PIBIC CNPq/UFPB. João Pessoa, 2021.

FRANÇA, Tania; BELISARIO, Soraya Almeida; MEDEIROS, Katia Rejane; PIERANTONI, Celia Regina; CARDOSO, Isabela Cardoso Matos Pinto; GARCIA,

Ana Claudia; CASTRO, Janete Lima de. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: análise por triangulação de métodos. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 6, 2017, Espanha. Anais. Espanha, 2017, p. 70-79.

FREIRE FILHO, José Rodrigues; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves; COSTA, Marcelo Viana da; FORSTER, Aldaísa Cassanho. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em debate**, v. 43, spe 1, p. 86-96, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FRENK, Júlio; CHEN, Lincoln; A BUTTA, Zulfiqar; COHEN, Jordan; CRISP, Nigel; EVANS, Timothy; FINEBERG, Harvey; GARCIA, Patrícia; KE, Yang; ELLEY, Patrick K; Barry, KISTNASAMY; MELEIS, Afaf; NAYLOR, David; PABLOS-MENDEZ, Ariel; REDDY, Srinath; SCRIMSHAW, Susan; SEPÚLVEDA, Jaime; SERWADA, David; ZURAYK, Huda.. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. *Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-57, 2010. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(10)61854-5/fulltext)>. Acesso em: 8 mar. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRARD, Pinto Girard; SARDINHA, Daniele Melo; NASCIMENTO, Marcia Helena Machado; TEIXEIRA, Renato da Costa; BORGES; Cristine Rabelo Borges. Interdisciplinaridade no ensino prático em Residência Multiprofissional em Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.11, n.7, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/495>>. Acesso em: 18 nov. 2022.

GLERIANO, Josué Souza; FABRO, Gisele Caroline Richi; TOMAZ, Wanderson Borges; FORSTER, Aldaísa Cassanho; GOERING, Mariana; CHIRELLI, Mara Quaglio. Cuidado Coletivo na Atenção Primária à Saúde: formação dos profissionais Collective Care in Primary Health Care: training of professionals. **7º Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa**. Fortaleza, 2018. Disponível em: <<https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/4918>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos). Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-11635>>. Acesso em: 20 dez. 2022

HUNGARO, Thiago Alves; CESARIO, Raquel Rangel. Repercussões da interiorização do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade: um estudo de caso. Repercussions of the interiorization of the medical residency program in Family and Community Medicine: a case study. **Brazilian**

Journal of Health Review, v. 5, n. 3, p. 9102-9115, 2022. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/47804>>. Acesso em: 10 nov. 2022

JESUS, Mariana Véo Nery; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ARAÚJO, Alisson. Educação permanente: práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 01, p. 105-113, 2020. Disponível em: <<https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/577>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMQ, 1999.

LEAL, Loisláyne Barros; PEREIRA, Katyane Leite Alves; NEGREIROS, Ana Luiza Barbosa; PEQUENO, Alice Maria Correia; LIMA, Glaucia Posso; NEGREIROS, Francisca Diana da Silva; PINTO, Antonio Germane Alves; LEITINHO, Meirecele Calíope. Método ativo problematizador como estratégia para formação em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], v. 12, n. 4, p.1139-43, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231346>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

MARCHI, Diego de; CARDOZO, Érico Aurélio A. Um olhar sobre a residência médica: treinamento especializado ou exploração do trabalho? **Conhecimento em Destaque**, Serra, ES, v. 3, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://ead.soufabra.com.br/revista/index.php/cedfabra/article/view/86/82>>. Acesso em: 28 mai. 2021.

MARTINS, Juliana; KUSS, Cristine; WÜNSCH, Dolores Sanches. A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 81-95, 2019. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1767>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MOREIRA, Katia Fernanda Alves; MOURA, Cleson Oliveira; FERNANDES, Daiana Evangelista Rodrigues; FARIAS, Edson dos Santos; PINHEIRO, Aldrin de Sousa, BRANCO JÚNIOR, Arlindo Gonzaga. Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 43, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/49FhWb55YPsXL73qVTctdjh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2022.

NASCIMENTO, Rita de Cássia de S; PAIM, Marcele Carneiro; CARMO, Derbeth Silva do. Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia. In: **Trabalho e educação na saúde: análises e vivências** [recurso eletrônico] / Organização: CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; COSTA, Thais Paulo Teixeira. Natal, Seminare; n. 9, E-book 370 p., PDF, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32833>>. Acesso em: 18 nov. 2022.

OGATA, Márcia Niituma; SILVA, Jaqueline Alcantara Marcelino da; PEDUZZI, Marina; COSTA, Marcelo Viana; FORTUNA, Cinira Magali; FELICIANO, Adriana Barbieri. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório da 29ª Conferência Sanitária Panamericana**. 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 set. 2017; Washington, (DC): Organização Pan-Americana de Saúde. (OMS/OPAS); 2017.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, (s1), 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PEREIRA, Lizziane d'Ávila; SILVA, Kênia Lara; ANDRADE, Maria de Fátima Lobato Benedito; CARDOSO, Andréa Lorena Ferreira. Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], v. 12, n. 5, p. 1469-1479, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231116/29010>>. Acesso em: 10 out. 2021

PINTO, Tiago Rocha; CYRINO, Eliana Goldfarb. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. **Interface (Botucatu)**, v. 26, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/9LSjNqsjwjTZTGXHywZ4pmt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2022

REGO, IJ; MUCCI JLC. Direito Fundamental à educação capaz de conduzir a um relevante e renovado inovador Brasil do futuro. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas** [Internet], v.3, n.5, p. 142-167, 2015. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicaspub/article/view/68/pdf_37>. Acesso em: 9 out. 2021

RODRIGUES, Daniela de Freitas; COSTA, Cesar Francisco Silva da; DUARTE, Priscila Munhoz; SILVA, Prisciane Cardoso. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 5, p. 7410514491-7410514491, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14491>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ROSSETTI, Luciana Teixeira; SEIXAS, Clarissa Terenzi, CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de, FRIEDRICH, Denise Barbosa Castro. Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros. **Rev. Fun. Care Online**, v. 11, n. 1, p.129-134, 2019. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-968508>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SADE, Priscila Meyenberg Cunha; PERES, Aida Maris; BRUSAMARELLO, Tatiana; MERCÊS, Nen Nalú Alves das; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves; LOWEN, Ingrid Margareth Voth. DEMANDAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL DE ENSINO* **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/57130>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SALVADOR, Anarita de Souza; MEDEIROS, Cristina da Silva; CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau de. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.15, n. 3, p. 329-38, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834/6820>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SANTOS, Maria Clara; FRAUCHES, Marileny Boechat; RODRIGUES, Suely Maria; FERNANDES, Elaine Toledo. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 8, n. 2, p. 60-69, 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4095>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar Augusto. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS**, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4877>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

SILVA, Cristiane Trivisio da, TERRA, Marlene Gomes; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; CAMPONOGARA, Silviamar; XAVIER, Mariane da Silva. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SILVA, John Victor dos Santos; BRANDÃO, Thyara Maia. Contribuições de uma residência em psiquiatria e saúde mental na formação dos enfermeiros egressos. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, p. 57-62, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2334/651>>. Acesso em: 15 nov. 2022

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálisis**, v. 21, p. 200-209, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SILVA, Luciana da Conceição; BROTTTO, Marcio Eduardo. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Em Pauta**, n. 37, v. 14, p. 126 –149, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25396/18360>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**. v.19, n. 6, p.349-57, 2007.

TORRES, Rafael Bruno Silva, BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha, FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de, EVANGELISTA, Aline Luiza de Paulo. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170691>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Health Work Force 2030: towards a global strategy on human resources for health** world Health Organization; 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- a. Na sua opinião, a aprendizagem vivenciada no Programa Residência Saúde favoreceu a mudança de práticas, de atitudes pessoais em seu processo de trabalho? Se sim, descreva/exemplifique. Se não, por quê?
- b. Fale sobre aspectos facilitadores e dificultadores relacionados à mudança de práticas.
- c. O Programa de Residência em Saúde exerceu influência sobre o entendimento de sua prática na perspectiva do cuidado integral e humanizado à saúde?
- d. Na perspectiva do cuidado integral e humanizado, que práticas e tecnologias do cuidado você passou a empregar no cotidiano da equipe na qual você atua, após a realização do Programa de Residência em Saúde?
- e. O seu trabalho de conclusão do Programa de Residência em Saúde teve relação com atitudes de mudança de práticas no seu processo de trabalho ou com o desenvolvimento de alguma ação intervencionista no seu local de trabalho? Sim ou não, descreva.
- f. Como você compreende a educação permanente em saúde a partir de sua experiência na Residência?
- g. Como foi o desenvolvimento da EPS durante a Residência? Detalhe algumas práticas vivenciadas, potencialidades e fragilidades.
- h. Você tem sugestões ou recomendações para o fortalecimento da EPS nas Residências?
- i. Qual a avaliação que você faz por seu programa funcionar no interior do estado, do ponto de vista da educação permanente?
- j. Gostaria de adicionar algo mais a nossa conversa?

ANEXO A – PARECER DO CEP

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba

Pesquisador: FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 37477420.1.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.375.901

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a coordenação de Franklin Delano Soares Forte, constando como membros da equipe de pesquisa: Islany Costa Alencar, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa, PEDRO ALBERTO LACERDA RODRIGUES, LUCIANA MARIA PEREIRA DE SOUSA, FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA, LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA, ADRIANA MARIA MACÊDO DE ALMEIDA TÓGOLI e DAVI ALVES DA SILVA.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sinalizou a necessidade de reflexão sobre uma formação profissional mais contextualizada e coerente com as demandas concretas das populações. Assim, é importante a reflexão sobre a prática e a teoria, aliada ao diálogo com agentes responsáveis pela saúde e pela educação, lideranças comunitárias e toda a comunidade, visando a compreensão dos problemas sociais e discutindo compromissos em comum na formação e na atenção à saúde. Visando profissionais implicados com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de uma atuação de excelência (Frenk et al., 2010).

Assim compreende-se os dois sistemas de saúde e o de educação como interdependentes. É preciso a construção de pontes entre os sistemas e criação de espaços de diálogo para a

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.432.697

Outros	RMFCUFPB.pdf	08:42:08	SOARES FORTE	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAOCEFOR.pdf	31/08/2020 08:40:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	DECLARACAOPPGSC.pdf	31/08/2020 08:38:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_REITORIA.pdf	24/08/2020 11:30:51	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADORES.pdf	24/08/2020 11:29:28	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 01 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba

Pesquisador responsável: Franklin Delano Soares Forte

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Franklin Delano Soares Forte, professor da Universidade Federal da Paraíba e equipe, pretendemos realizar uma pesquisa intitulada, **A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba**, cujo objetivo é compreender a percepção dos Residentes sobre a educação interprofissional, práticas colaborativas e a educação permanente em saúde nas Residências e analisar o perfil dos egressos das Residências, compreensão sobre sua formação, inserção no mercado e trabalho.

Caso você decida participar, você deverá participar das entrevistas com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. E para os egressos, vocês responderão a um questionário. Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante sua condução, pois você responderá sobre o desenvolvimento de suas atividades como Residente, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa quando julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca dos Programas de Residência na Paraíba. Você ficará com uma cópia deste documento, sendo-lhe imputado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel, e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade do pesquisador. Sendo divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique. Caso deseje informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para Dr. Franklin Forte (83)32167251 ou também com o Comitê de ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco ou através do telefone (83)3216-7791 ou e-mail eticaccs@ccs.ufpb.br.

Esperamos contar com seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente, O Coordenador da Pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu _____ RG nº _____, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal