

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE–MESTRADO**

ÉVELYN FARIAS

**O PROCESSO FORMATIVO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE EGRESSOS**

CASCADEL-PR

Março/2023

ÉVELYN FARIAS

**O PROCESSO FORMATIVO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE EGRESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus Cascavel-PR.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Solange de Fátima Reis Conterno

CASCADEL-PR

Março/2023

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Farias, Evelyn
O PROCESSO FORMATIVO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE EGRESSOS /
Evelyn Farias; orientadora Solange de Fátima Reis
Conterno. -- Cascavel, 2023.
150 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) --
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências
e Saúde, 2023.

1. Equipe Multiprofissional. 2. Estratégia Saúde da
Família (ESF). 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de
Saúde (SUS). I. de Fátima Reis Conterno, Solange, orient.
II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ÉVELYN FARIAS

O PROCESSO FORMATIVO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE EGRESSOS

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.



Orientador: Prof. Dr. (a) Solange de Fátima Reis Conterno

UNIOESTE



Prof. Dr. (a) Rosa Maria Rodrigues

UNIOESTE



Prof. Dr. (a) Brígida Gimenez Carvalho

UEL

CASCADEL – PR

Março/2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todos os profissionais que, diariamente, lutam por uma saúde pública de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Aos que me incentivaram a aceitar o desafio de iniciar o mestrado, especialmente ao Gilson Fernandes, coordenador da Residência. Admiro seu profissionalismo e comprometimento!

À minha família e ao meu noivo, pela paciência e apoio. Cada detalhe significou muito!

À minha orientadora, Prof^a Solange Conterno, por fazer o mestrado ser uma experiência cheia de significado e aprendizado. O seu amor pela vida e pelas pessoas é inspirador!

Aos demais docentes do Programa e aos colegas, por todo o compartilhamento de saberes e vivências. Aprendi muito com vocês.

Àqueles que acreditaram nesta pesquisa, e, cederam seu tempo e suas experiências para compor esse riquíssimo conjunto de entrevistas.

E, finalmente, Àquele que é a minha canção, estrofe, ponte e refrão, sem o qual nada disso faria sentido.

RESUMO

FARIAS, E. **O processo formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na ótica de egressos**. 150f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, *Campus Cascavel*, Unioeste, 2023.

Desde a criação legal e implantação do Sistema Único de Saúde no país, em 1988, faz parte de suas atribuições a formação de recursos humanos em saúde. A formação de profissionais qualificados é uma necessidade, sendo assim, o desenvolvimento de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, cujo foco é a formação em serviço, promovendo reflexão e problematizações por meio de ferramentas como a Educação Permanente em Saúde, tem sido estratégia importante. Um desses programas situa-se no município de Cascavel-PR e possui suas ações voltadas para o modelo da Estratégia de Saúde da Família. Partindo desse contexto, buscou-se problematizar a formação promovida pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Cascavel-PR. O objetivo dessa problematização verificar a real instrumentalização dos egressos para a atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Parte-se do pressuposto de que a formação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, apesar de ser uma experiência recente na realidade local, esteja contribuindo positivamente na atuação qualificada dos seus egressos na Atenção Primária à Saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. O objetivo geral do estudo é avaliar o processo formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na perspectiva dos egressos. Trata-se de estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com todos os egressos que finalizaram o processo formativo no programa de residência em questão, com exceção dos que se negaram a participar da pesquisa. Foram entrevistados 17 egressos, entre eles enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais formados entre 2020 e 2022. As entrevistas se deram entre 16 de junho e 21 de julho de 2022, duraram em média 28 minutos e foram realizadas por meio de vídeo-chamadas efetuadas nas plataformas *on-line* Google Meet e Microsoft Teams, as quais foram gravadas e transcritas sendo utilizada a análise de conteúdo de Bardin para tratar os resultados. Os dados foram apresentados em forma de artigos, sendo que o primeiro deles valeu-se da matriz SWOT (FOFA) para analisar as potencialidades e fragilidades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Como potencialidades destacou-se: a) fortalecimento da intervenção profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde; b) atuação em diferentes cenários de prática no processo de aprendizagem, que permitiu a interação dos residentes com diferentes equipes, preceptores e Unidades; c) o fazer multiprofissional oportunizado no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e sua contribuição com o desenvolvimento de habilidades inerentes de cada categoria profissional envolvida na formação e d) preparação intencional e sistematizada para a atuação no Sistema Único de Saúde. As fragilidades do processo ensino-aprendizagem do Programa relacionam-se aos conteúdos e aos encaminhamentos metodológicos das atividades teóricas; à falta de interação multiprofissional e de atividades de Educação Permanente em Saúde; à indefinição dos papéis de coordenador, tutores e preceptores; à dificuldade de inserção no mundo do trabalho; e, à desvalorização dos profissionais formados. O

segundo artigo apresenta as motivações dos participantes para ingressarem no Programa, sendo elas: a busca por aprimorar e aprofundar os conhecimentos em saúde coletiva, a superação da formação incipiente da graduação quanto ao preparo para atuar na Atenção Primária à Saúde, a vivência na prática dos conceitos aprendidos na graduação e, a possibilidade de um vínculo empregatício remunerado. Esse segundo artigo aborda ainda as experiências dos egressos no mundo do trabalho após a formação. O artigo três aborda os reflexos da pandemia de Covid-19 na formação oferecida, e destaca a intensa participação dos residentes nas ações de planejamento e assistência nesse período, bem como a possibilidade de maior contato com os residentes de medicina e da própria residência multiprofissional. Por outro lado, devido às restrições sanitárias, ocorreu prejuízo nas aulas teóricas e nas atividades de Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde. Diante dos resultados, pode-se inferir que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são espaços férteis para o aprimoramento dos recursos humanos em saúde com vistas à atuação no Sistema Único de Saúde, possibilitando o desenvolvimento de ações multiprofissionais e interdisciplinares. Porém, ainda há necessidade de fortalecimento dos aspectos internos, como por exemplo um maior preparo de preceptores e tutores e condução mais assertiva das aulas teóricas. E, no que diz respeito à inserção dos egressos no mundo do trabalho, aponta para a importância da criação de mecanismos a fim de facilitar o ingresso no Sistema Único de Saúde e a concessão de incentivos financeiros para que os residentes permaneçam, nele, vinculados.

Palavras-Chaves: Equipe Multiprofissional; Educação Permanente; Estratégia Saúde da Família (ESF); Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

FARIAS, E. **The formative process of a Multiprofessional Residency Program in Family Health from the perspective of graduates.** 150f. Dissertation (Master's degree). Postgraduate Program in Biosciences and Health, Center of Biological and Health Sciences, *Campus Cascavel*, Unioeste, 2023.

Since the legal creation and implementation of the Unified Health System in the country, in 1988, the training of human resources in health is part of its attributions. The training of qualified professionals is a necessity, and so the development of Multiprofessional Residency Programs in Health, whose focus is on in-service training, promoting reflection and problematization through tools such as Continuing Education in Health, has been an important strategy. One of these programs is located in the municipality of Cascavel-PR and its actions are focused on the Family Health Strategy model. Based on this context, we sought to problematize the training promoted by the Multiprofessional Residency Program in Family Health in Cascavel-PR. The objective of this problematization was to verify the real instrumentalization of the graduates for professional performance in Primary Health Care, according to the principles of the Unified Health System. It is assumed that the formation of the Multiprofessional Residency Program in Family Health, despite being a recent experience in the local reality, is contributing positively to the qualified performance of its graduates in Primary Health Care according to the principles of the Unified Health System. The general objective of the study is to evaluate the formative process of a Multiprofessional Residency Program in Family Health from the perspective of the graduates. This is an exploratory-descriptive case study, with a qualitative approach. The data were collected by means of semi-structured interviews with all the graduates who finished the formative process in the residency program in question, with the exception of those who refused to participate in the research. Seventeen graduates were interviewed, including nurses, dentists, and social workers who graduated between 2020 and 2022. The interviews took place between June 16 and July 21, 2022, lasted an average of 28 minutes and were conducted via video calls made on the online platforms Google Meet and Microsoft Teams, which were recorded and transcribed, being used Bardin's content analysis to treat the results. The data were presented in the form of articles, the first of which used the SWOT matrix to analyze the potentialities and weaknesses of the Multiprofessional Residency Program in Family Health. The potentialities were: a) strengthening of the professional intervention in Primary Health Care; b) performance in different practice settings in the learning process, which allowed the interaction of residents with different teams, preceptors and Units; c) the multiprofessional practice provided in the Multiprofessional Residency Program in Family Health and its contribution to the development of skills inherent to each professional category involved in the training and d) intentional and systematized preparation for performance in the Unified Health System. The weaknesses of the teaching-learning process of the Program are related to the contents and methodological routes of theoretical activities; the lack of multidisciplinary interaction and activities of Continuing Education in Health; the lack of definition of the roles of coordinator, tutors and preceptors; the difficulty of insertion in the world of work; and the devaluation of trained professionals. The second article presents the participants' motivations for joining the Program, which are: the search for improving and deepening knowledge in public health, overcoming the incipient formation of the undergraduate

course in terms of preparation to work in Primary Health Care, the experience in practice of the concepts learned in the undergraduate course, and the possibility of a paid job. This second article also addresses the graduates' experiences in the world of work after graduation. Article three addresses the effects of the Covid-19 pandemic on the training offered, and highlight the intense participation of residents in planning and assistance actions in this period, as well as the possibility of greater contact with medical residents and the multiprofessional residency itself. On the other hand, due to sanitary restrictions, there was a loss in theoretical classes and activities of Continuing Education in Health and Health Education. Given the results, it can be inferred that the Multiprofessional Residency Programs in Health are fertile spaces for the improvement of human resources in health with a view to acting in the Unified Health System, enabling the development of multiprofessional and interdisciplinary actions. However, there is still a need to strengthen the internal aspects, such as greater preparation of preceptors and tutors and more assertive conduction of theoretical classes, and, with respect to the insertion of graduates in the world of work, it points to the importance of creating mechanisms to facilitate entry into the Unified Health System and the granting of financial incentives for residents to remain linked to it.

Keywords: Patient Care Team; Education, Continuing; National Health Strategies; Primary Health Care; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo 3

Figura 1 – Limites e possibilidades da formação no PRSMSF impostos pela Pandemia da Covid-19.....	91
---	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Composição das turmas do PRMSF, ingressantes, egressos e participantes do estudo. Cascavel/Paraná, 2022. 39

Tabela 2 - Caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, categoria profissional, ano de conclusão da graduação e ingresso no PRMSF. Cascavel/Paraná, 2022. 40

Artigo 3

Tabela 1 - Composição das turmas do PRMSF, ingressantes, egressos e participantes do estudo. Cascavel/Paraná, 2022. 89

Tabela 2 - Caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, categoria profissional, ano de conclusão da graduação e ingresso no PRMSF. Cascavel/Paraná, 2022. 90

LISTA DE QUADROS

Artigo 1

Quadro 1 - Matriz SWOT da percepção de egressos sobre a formação no Programa Multiprofissional de Residência em Saúde da Família. Cascavel, Pr. 2023.....	41
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGRTS	Departamento de Gestão e da Regulamentação do Trabalho em Saúde
EAD	Educação à Distância
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRM	Programa de Residência Multiprofissional
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola

REE	Residente Egresso de Enfermagem
REO	Residente Egresso de Odontologia
RESS	Residente Egresso de Serviço Social
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 A formação de Recursos Humanos em Saúde	10
3.2 O Sistema Único como referência na formação de Recursos Humanos em Saúde.....	14
3.3 A Educação Permanente em Saúde como ferramenta de formação para o Sistema Único de Saúde.....	19
3.4 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde	22
3.5 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma experiência em construção	26
4. METODOLOGIA.....	29
4.1 Tipo de pesquisa.....	29
4.2 Campo de pesquisa	30
4.3 Participantes do estudo.....	30
4.4 Método e técnica de coleta de dados.....	30
4.5 Análise dos dados.....	32
4.6 Aspectos éticos	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1. Artigo 1: Uso da matriz SWOT (FOFA) na análise da formação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família sob a ótica de egressos	35
5.2. Artigo 2: MOTIVAÇÕES E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DE EGRESSOS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	66
5.3. Artigo 3: REFLEXOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA FORMAÇÃO EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	84
6. CONCLUSÕES GERAIS DA DISSERTAÇÃO	104
10. REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICE A.....	123
APÊNDICE B.....	129

APÊNDICE C	132
ANEXO I.....	134
ANEXO II.....	137

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, como se avista atualmente, originou-se a partir das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), iniciado na década de 1970. Após anos de construção social, instituiu-se, por meio da Constituição Federal (CF) de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua mais incipiente organização, o SUS se configurou como o principal mecanismo de luta pela universalidade de acesso aos serviços de saúde, buscando romper com a lógica de que saúde seria privilégio de alguns (BRASIL, 1988; SANTOS, 2018).

Desde a emergência legal do SUS e implantação no país, a partir da década de 1990, diversas estratégias foram definidas para a concretização dos seus princípios doutrinários e organizativos, seja no campo da gestão, da assistência, financiamento e organização do trabalho, tendo destaque, nesse item, a formação e atuação dos profissionais da saúde. A problematização da formação de recursos humanos na saúde consolidou uma área que possui objeto específico de estudo, demandas e necessidades. Segundo Machado (2006, p. 24), pensar na formação dos profissionais da saúde é “[...] pensar aqueles que são os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detêm a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira”.

A relevância do tema foi reconhecida, tanto pela CF de 1988, em seu artigo 200, quanto pela Lei Federal nº 8080 de 1990, orientações legais, que instituíram o SUS como ordenador da formação de recursos humanos para atuarem em conformidade com seus princípios, em todos os níveis de ensino, inclusive na pós-graduação (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Nesse mesmo período, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em âmbito mundial, buscavam estratégias para que as áreas da formação profissional e do trabalho em saúde pudessem se desenvolver concomitantemente. A formação em saúde necessitava ser repensada com vistas à autonomia dos profissionais e a sua participação ativa nas práticas de cuidado e na gestão dos sistemas de saúde (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

A temática da ordenação e formação dos profissionais da saúde continuou no centro das ações de planejamento do sistema de saúde e ganhou destaque

governamental em 2003 quando, de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) resultou a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). A partir desse momento, novas iniciativas emergiram para estruturar o desenvolvimento de recursos humanos no SUS, almejando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) (CONTERNO, 2013; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Segundo Vasconcelos *et al.* (2015), um dos desafios na formação para o SUS é a superação da fragmentação do cuidado e da visão biologicista do processo de saúde-doença. De acordo com Araújo *et al.* (2017), a formação para a atuação no SUS exige do profissional um olhar reflexivo do contexto que o cerca e uma relação dialógica com os demais membros da equipe para que haja construção coletiva de conhecimentos. Assim sendo, práticas de gestão e de atenção devem ser fortalecidas para que as ações nos serviços de saúde expressem os princípios doutrinários e organizacionais do sistema de saúde.

Em 2004, o MS, captando as proposições do campo da formação, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma das estratégias de mudança da formação e desenvolvimento de profissionais da saúde, a fim de possibilitar a transformação necessária “[...] nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (BRASIL, 2014a, p. 2). Um dos desdobramentos da PNEPS foi o incentivo à criação das Residências em Área Profissional da Saúde, através da Lei nº 11.129 de 2005 e a da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de novembro do mesmo ano, que criou a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) (BRASIL, 2005a; BRASIL 2005b).

Nos últimos anos foram implementados diversos Programas de Residência Multiprofissional (PRM), com desenhos metodológicos singulares e adaptados às realidades locais, todos defendendo a formação reflexiva com base na Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2006, FERRAZ, *et al.*, 2012).

Um desses programas se encontra no município de Cascavel-PR, ofertado pela Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) de Cascavel-PR, regulamentado pela Lei municipal nº 6.988 de 2019, é destinado ao aprofundamento da formação de profissionais de enfermagem, odontologia e serviço social. De acordo com a proposta pedagógica, os residentes devem atuar em Unidades de Saúde da Família (USF) do município, com formação voltada à APS. O processo seletivo é

aberto anualmente, com disponibilidade de 15 vagas, sendo cinco para cada grupo profissional (CASCAVEL, 2019).

O PRMSF é uma iniciativa importante, tanto para os profissionais de enfermagem, odontologia e serviço social, pois permite um aprofundamento da formação inicial, quanto para a qualificação das ações na APS ao reforçar as bases conceituais e organizacionais do SUS (CASCAVEL, 2019). Nesse sentido, torna-se relevante analisar a formação ofertada pelo Programa, identificar potencialidades a serem mantidas e fragilidades a serem superadas.

Diante do exposto, a motivação em estudar a temática proposta surgiu da experiência enquanto profissional de saúde que vivenciou a formação em um PRMSF e, que entende essa formação como um marco importante na qualificação profissional para a atuação na APS. Assim, tem-se como intuito avaliar o processo formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na perspectiva dos egressos.

Estudos com egressos se mostram particularmente importantes pois auxiliam no processo de avaliação das potencialidades e nos limites de programas e projetos formativos. Os resultados podem apontar uma melhor utilização e controle dos recursos aplicados aos programas governamentais, auxiliando no fortalecimento ou reformulação de políticas, conforme a necessidade. Isso favorece uma maior transparência das ações do Estado e impõe racionalidade às estratégias de governo (LORDELO; DAZZANI, 2012; CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021).

Considerando a importância da formação ofertada pelos Programas de Residência e, a possibilidade de potencializar práticas assistenciais mais efetivas e respaldadas em compromissos técnicos, humanos, políticos e éticos com a saúde da população, toma-se por questão guia de pesquisa, a seguinte formulação: A formação promovida pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Cascavel-PR instrumentalizou os egressos para a atuação profissional na Atenção Primária à Saúde de acordo com os princípios do SUS? Parte-se do pressuposto de que a formação do PRMSF, apesar de ser uma experiência recente na realidade local, tem contribuído positivamente na atuação qualificada dos seus egressos na APS, de acordo com os princípios do SUS.

Espera-se contribuir com a problematização da formação ofertada pelo PRMSF no sentido de revelar as potencialidades e fragilidades do processo e identificar se os egressos se sentem capacitados profissionalmente para a atuação na APS e na

defesa dos princípios do SUS. A partir dessas inferências, pretende-se facilitar a discussão de quão efetivas têm sido as ações do MS/MEC no que tange à formação de recursos humanos em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o processo formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na perspectiva dos egressos.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o percurso formativo e a atuação profissional dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

Descrever a motivação para o ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a atuação profissional dos egressos;

Registrar e analisar a percepção dos egressos sobre o papel da Educação Permanente em Saúde na atuação dos profissionais de saúde;

Identificar as potencialidades e fragilidades do processo formativo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vivenciados pelos egressos do curso;

Descrever as mudanças e impactos vivenciados no processo formativo decorrentes da Pandemia da Covid-19.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A formação de Recursos Humanos em Saúde

A reflexão sobre o processo de formação de profissionais de saúde não é um fenômeno recente, tem sido pautado desde o século passado e se articula com movimentos que discutem modelos de atenção à saúde da população (CONTERNO, 2013). Nogueira (2002), em relatório do seminário internacional sobre políticas de recursos humanos em saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, OPAS e OMS aponta que é consenso entre gestores e trabalhadores do SUS “[...] que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (p. 31).

A publicação do relatório de Flexner, em 1910, marca uma preocupação sistematizada com a qualidade da formação ofertada aos profissionais de saúde. Mesmo que tenha sido voltado essencialmente para a qualidade técnica, propondo cuidados mínimos na assistência, a publicação deste relatório foi o início das discussões a respeito da formação de recursos humanos para a saúde (RODRIGUES, 2017).

De acordo com Nogueira (1983), do ponto de vista conceitual, há duas formas de tratar os trabalhadores empregados no setor saúde, como força de trabalho e como recurso humano, sendo o primeiro advindo da economia política clássica, especialmente da vertente marxista, e o segundo da teoria dos sistemas.

De forma sucinta, a teoria dos sistemas avalia o trabalhador fora das relações sociais que compõem seu ambiente de trabalho, sem considerar o humano em si, mas como parte do processo de produção que, como os demais, irá resultar no produto almejado. A economia política clássica, por sua vez, leva em consideração os aspectos relacionais, tanto do indivíduo com a natureza do processo de trabalho (isolado ou associado), quanto das divisões entre os setores com a atuação das forças produtivas dentro do próprio setor e, quanto deste processo de trabalho com as condições gerais o definem (se trabalho autônomo ou prestação de serviço, se possui meios de produção próprios ou não e qual a relação do Estado com o produto do setor) (NOGUEIRA, 1983).

Segundo Nogueira (1983), apesar das diferentes correntes filosóficas que deram origem aos termos força de trabalho e recurso humano, para finalidades descritivas, ambos podem ser utilizados, desde que se tenha em mente que, ao falar de recursos humanos, se considere os aspectos relacionais da força de trabalho.

Corroborando este entendimento, conforme o verbete apresentado em dicionário da educação profissional em saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o termo “recursos humanos”, de forma restrita, costuma ser utilizado no âmbito administrativo para definir puramente os componentes humanos que realizam determinada função em dado serviço. Contudo, no cenário da saúde, esses indivíduos, considerados recursos, têm uma relação histórica com a criação e efetivação do SUS. Portanto, falar de recursos humanos em saúde implica, necessariamente, trazer à tona elementos como a composição e distribuição da força de trabalho, a formação profissional, a regulação do exercício profissional, as relações de trabalho, além da administração propriamente dita (PEREIRA; LIMA, 2008).

Historicamente, até a década de 1960, a educação profissional no Brasil voltava-se para as demandas econômicas existentes visando formar mão-de-obra para o trabalho nos setores da indústria, comércio, agricultura e formação de professores. A partir de 1960, a formação profissional em saúde passa a ser discutida, uma vez que se compreende que promover a saúde seria também promover o desenvolvimento econômico do país (PEREIRA; LIMA, 2008).

Entretanto, essa qualificação profissional em saúde tinha vistas à formação de “capital humano”, ou seja, de pessoas que cumprissem, centralmente, determinadas atribuições técnicas, limitando o processo educativo à aprendizagem de tarefas do posto de trabalho (PEREIRA; LIMA, 2008).

Esta concepção passou a coexistir com outra que ganhou espaço a partir da década de 1980, e que estabelecia a educação para o trabalho como uma ferramenta, não apenas de capacitação técnica, mas, especialmente, de caráter transformador no âmbito social. A educação não seria mais uma mercadoria, mas um instrumento de transformação social para tornar a saúde um direito universal (PEREIRA; LIMA, 2008).

Com a implementação do SUS, na década de 1990, juntamente com o entendimento da educação transformadora, difundiu-se um discurso sobre a revalorização do trabalho em saúde, com mais autonomia e participação dos envolvidos neste processo. Somava-se, a isso, a crescente descentralização dos serviços de saúde, a qual demandava maior responsabilidade dos profissionais. No

entanto, nesta mesma época, as relações trabalhistas já sofriam flexibilização, o que antagonizava com o ideário de valorização dos trabalhadores. Havia urgência em abrir novas discussões sobre o tema para encontrar soluções adequadas a este impasse (PEREIRA; LIMA, 2008).

Assim sendo, a formação dos profissionais que atuam no SUS vem sendo discutida, de forma mais orgânica, desde os primórdios do MRS, pois partia-se do pressuposto de que, para implantar e implementar um sistema de saúde ancorado na ideia de saúde como direito, seria imprescindível que houvesse uma mudança na concepção de formação e atuação profissional. Em 1986, ocorreu, juntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos. A partir deste momento, a formação profissional passou a ser entendida como um processo contínuo, que deveria iniciar e terminar na sociedade (SILVA, 2018).

A complexidade em tratar dos recursos humanos em saúde começa com a compreensão dos dois amplos sistemas que o compõem: a formação para o trabalho e a gestão do trabalho. No processo de gerenciamento da formação está envolvido o MEC, que define as diretrizes e normas dos processos formadores. A gestão do trabalho, por sua vez, é realizada pelo Ministério do Trabalho e pelo Ministério Público do Trabalho e mais especificamente pelos Conselhos Profissionais. Para que seja efetivo, o setor de recursos humanos necessita de uma estreita articulação de ambos os sistemas, a fim de que a formação responda à demanda da gestão (BRASIL, 2002).

Dentre os entendimentos sobre o que seria a qualificação dos recursos humanos, destaca-se “a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 886).

Desde sua institucionalização, tornou-se um dos atributos do SUS ordenar a formação de recursos humanos para atuarem em conformidade com seus princípios, em todos os níveis de ensino, inclusive na pós-graduação. Inúmeras têm sido as iniciativas para fortalecer a formação interdisciplinar e coletiva que atenda às necessidades do SUS (BRASIL, 1988; CASTRO, 2013).

A formação inicial de profissionais da saúde no ensino superior tem sido orientada, nos últimos anos, por Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em consonância com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dentre os anos de 2001 a 2004, as graduações

reorganizaram seus projetos pedagógicos seguindo as diretrizes expressas pelas DCN de cada curso. Cabe destacar que alguns cursos como Medicina, Farmácia, Terapia Ocupacional, a partir dos anos 2014, instituíram novas DCN, e outros, como a enfermagem, produziram novas diretrizes para a formação na graduação as quais encontram-se em tramitação no CNE (CONTERNO, 2013).

A partir das DCN a formação superou a organização do ensino por meio dos denominados currículos mínimos e deu lugar a um perfil profissional composto por competências, habilidades e conteúdos que visam instrumentalizar os profissionais para uma atuação de qualidade, eficiente e resolutiva (SANTOS-FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

Contudo, apenas a mudança na formação acadêmica não tem sido suficiente para realizar as transformações necessárias na formação de recursos humanos. Partindo dessa avaliação, o MS, em parceria com o MEC, instituiu a SGTES, no ano de 2003, sendo composta de dois departamentos, sendo eles: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulamentação do Trabalho em Saúde (DGRTS) (CONTERNO, 2013).

À SGTES coube formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil e, de forma mais específica, o DEGES tem por competência, dentre outras, participar da proposição e do acompanhamento de políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do SUS, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional (SANTOS-FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016; SILVA, 2018; BRASIL, 2022).

A SGTES, pelo DEGES, buscou conduzir programas que visavam, sobretudo, a mudança nos processos de trabalho no âmbito do SUS e, a formação de uma consciência coletiva nos profissionais de saúde, tendo como cerne a interdisciplinaridade. Alguns desses programas foram: o Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; o PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e os Programas de Residência Multiprofissional (PRM) (CASTRO, 2013).

Diante de tudo o que se discutiu e ainda se discute sobre a formação em saúde, há consenso sobre a necessidade de ações intra e intersetoriais para a sua reestruturação, uma vez que apenas uma parcela dos problemas vivenciados pode

ser resolvida com as ações dos gestores e trabalhadores (NOGUEIRA, 2002; SEIXAS, 2002).

Dessa forma, pensar a formação de recursos humanos em saúde está para além de qualificar as práticas de assistência, embora estas sejam de suma importância. Requer a compreensão, por parte dos profissionais formados, a respeito dos contextos que cercam a existência humana, sejam eles de caráter social, cultural ou econômico. Nessa perspectiva, torna-se essencial entender quais fundamentos teóricos têm orientado a formação dos recursos humanos na área de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

3.2 O Sistema Único como referência na formação de Recursos Humanos em Saúde

Quando se pensa em educação na saúde é imperativo entender que tais campos e práticas de conhecimento são diretamente influenciadas pelo contexto social, econômico, cultural e pelo modo de produção de dada sociedade. Partindo dessa premissa, as mudanças na base social, que marcam determinado contexto, produzem novas formas de conceber a saúde e a formação de recursos humanos para nela atuar (AMANCIO-FILHO, 2004).

Assim sendo, torna-se central problematizar os aportes teóricos a respeito do que seja saúde, considerando que as distintas concepções do processo saúde-doença, implícita ou explicitamente, impactam na forma como se planejam as intervenções sobre determinado contexto epidemiológico (BATISTELLA, 2007).

Segundo Batistella (2007), a visão acerca da saúde acompanhou os diversos movimentos históricos de organização das sociedades, sendo representada desde a compreensão mágico-religiosa até os textos mais elaborados acerca das influências que o meio exerce nos indivíduos. Nas últimas décadas, mais precisamente, algumas definições têm coexistido.

Após a Segunda Guerra Mundial, em um cenário de devastação da dignidade humana, é criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS. Emerge então, em 1948, um conceito de saúde que é amplamente difundido até os dias atuais, o qual indica que: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não

apenas a ausência de doença ou enfermidade”. A saúde deveria ser a expressão de uma vida plena e integral (SCLIAR, 2007). Contudo, essa visão, apesar de ampla, situa-se no campo da utopia, jamais alcançável, além de considerar a saúde como a finalidade maior da existência humana, o que não expressa integralmente a verdade (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Em 1977, um filósofo da medicina chamado Christopher Boorse criou a Teoria Bioestatística da vida na qual propunha que “a saúde é a ausência de doença”, contradizendo o conceito anterior da OMS. Segundo o autor, as doenças seriam situações pontuais que deveriam ser resolvidas de forma objetiva (SCLIAR, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2002). Contudo, tal enunciado revela-se simplista e não constitui um conceito propriamente dito, mas apenas uma negativa, sendo considerada restritiva e insuficiente para abarcar todas as relações envolvidas no processo saúde-doença (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Outro olhar sobre o tema propôs que a saúde poderia ser compreendida como as ferramentas necessárias para levar a vida do melhor modo possível, como um meio e não uma finalidade em si. Dessa forma, promover um estado de saúde, ultrapassa a prestação de serviços médicos e hospitalares. Envolve elementos materiais e imateriais na construção de condições almejadas de vida para cada indivíduo (CAPONI, 2003; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2018). Todas essas teorias são resultado de um entendimento da realidade e produzem reflexão, pois a maneira como se entende saúde influencia diretamente na forma como esta é promovida e como são estruturados os modelos assistenciais.

Os movimentos teóricos, juntamente com as demandas do cotidiano do cuidado, induzem a necessidade da organização, planejamento e reelaboração de práticas assistenciais. Assim, a realização da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde no ano de 1978, em Alma-Ata – Cazaquistão, pode ser considerada um marco importante na indução de mudança nas políticas e serviços de saúde que impactaram nas propostas de formação de profissionais para a saúde. Ao final da Conferência, elaborou-se a Declaração de Alma-Ata, documento que demarcou a forma atual de entender saúde, pois foi o primeiro de caráter mundial a trazer à tona a relevância da APS como ordenadora do cuidado, partindo das demandas observadas nos contextos sociais e propondo um modelo em que a promoção de saúde assumisse papel central (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978; GALEA; KRUK, 2019).

A declaração de Alma-Ata reforçou o movimento que entende a saúde como um direito dos cidadãos e uma responsabilidade dos governos, os quais deveriam se comprometer a adotar medidas sanitárias e sociais para promovê-la. Nessa proposta, o modelo assistencial passa a ser usuário-centrado, tendo como ponto de partida as demandas dos cidadãos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

No Brasil, do período colonial até início da década de 1990, o acesso à assistência em saúde foi privado e destinado exclusivamente às classes mais abastadas, pois até então não existia, de forma oficial e planejada, um sistema de saúde que atendesse a todos. Os populares, principalmente os que não tinham vínculos de trabalho, na necessidade de alguma assistência, ficavam sob os cuidados das instituições filantrópicas. Aos poucos, as classes trabalhadoras foram ganhando espaço, porém, grande parcela da população sem vínculo previdenciário ainda não possuía assistência. Havia urgência em se criar um sistema universal com garantia de cuidado a todos os cidadãos. Frente a essas demandas, começa a surgir, na década de 1970, uma proposta inovadora denominada Projeto de Reforma Sanitária (CARVALHO, 2013).

Dentre as propostas do Projeto de Reforma Sanitária, destacou-se o rompimento com a visão biologicista da saúde e a defesa de uma concepção ampliada, a qual passou a entender saúde como um processo pautado em determinantes e condicionantes, sejam eles de caráter social, cultural, político, econômico ou ambiental. Tal concepção é o aporte teórico que pôde viabilizar respostas adequadas às demandas existentes e proporcionar cuidado integral aos indivíduos (CASTRO, 2013).

Em meio às intensas discussões levantadas pelo MRS, aconteceu em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na ocasião, congregou-se pessoas de vários seguimentos da sociedade, dentre elas, representantes dos movimentos populares, das universidades, de partidos políticos e dos trabalhadores da saúde, dando voz às necessidades observadas até então pelo MRS (CARVALHO, 2013; SALES *et al.*, 2019).

O momento histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde coincidia com o período pós ditadura militar e aspirava a mudanças estruturais no país. Nesse contexto, em 1988, o Congresso Nacional aprovou uma nova CF, construída a partir dos princípios da soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da defesa da democracia (BRASIL, 1988).

O texto da CF, preservando a coerência com seus princípios, caracterizou a saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado, o qual deveria garantir acesso universal e gratuito, emergindo assim as bases para a criação do SUS. Para a presente discussão, toma-se como referência esta definição de saúde (BRASIL, 1988; SOUZA, *et al.*, 2018).

O SUS ancora-se em princípios tanto de caráter doutrinário, quanto organizativo. No que diz respeito aos aspectos doutrinários encontra-se a universalidade, a equidade e a integralidade. No que tange a sua organização, preza pela regionalização e hierarquização, pela descentralização e pela participação popular (BRASIL, 1990). Tais princípios ganham centralidade e passam a orientar as ações de gestão, da assistência, financiamento, atuação profissional e conseqüentemente, passam a balizar os processos formativos, sejam eles iniciais ou continuados (RODRIGUES, 2017).

Instituído pela CF de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142, o SUS constitui-se como resposta às lutas, até então travadas, para a superação do modelo puramente biomédico e tecnicista. A saúde passou a ser compreendida como resultante da intersecção do indivíduo com o meio que o cerca, demandando ações que estariam para além da assistência médica curativa e que envolveria compromisso com todos os setores de cuidado (CARVALHO, 2013; CASTRO, 2013; BITENCOURT *et al.*, 2020).

Acompanhando os desdobramentos internacionais e o MRS no Brasil, a APS entrou mais diretamente em pauta em meados da década de 1970. Pode ser definida como:

[...] o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 579).

Segundo Starfield (2002), uma APS abrangente é construída sobre os seguintes alicerces: serviço de primeiro contato, longitudinalidade, vínculo usuário-profissional de saúde, população adscrita, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Nessa perspectiva, a integralidade, um dos princípios fundantes do SUS e da APS, constitui-se em um instrumento crítico para a formação de profissionais de

saúde, pois, além de reforçar o ideário do trabalho interdisciplinar, se “[...] materializa no campo das relações humanas, nas relações políticas, nas relações de trabalho, na forma como os profissionais se relacionam com as pessoas que procuram os serviços de saúde” (SILVA; TAVARES, 2004, p. 273).

A integralidade, tomada no campo organizacional da assistência, deve ser entendida com a possibilidade de tratar os eventos em sua totalidade, compreendendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, além de buscar assegurar uma atuação intersetorial com as demais políticas públicas para efetivar a superação do cuidado fragmentado (BRASIL, 1990; FERIGOLLO; KESSLER, 2017).

O cuidado integral visa superar a dicotomia existente entre o curativo e o preventivo, entendendo que sem um não se faz o outro e vice-versa. Para tanto, o processo formativo deve, necessariamente, capacitar para atender as demandas curativas, em todos os níveis de complexidade, sem, no entanto, desconsiderar o desenvolvimento das habilidades de relação e atitude dos profissionais no sentido de trabalhar a promoção de saúde (RODRIGUES, 2017).

A integralidade como um princípio educativo no campo da saúde constitui-se como uma importante referência, pois busca romper com a concepção reducionista de saúde desde a formação dos indivíduos. Ela resgata os componentes relacionais do trabalho, como a escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo. O atendimento do indivíduo em sua integralidade passa pelos aparatos tecnológicos, mas desenvolve-se também nas atitudes relacionais (GONZE; SILVA, 2011).

Rodrigues (2017), ao problematizar o entendimento do que seria formar profissionais para o SUS aponta que, diante da dificuldade em se conseguir a consolidação da integralidade, é fundamental que se formem profissionais minimamente bem-preparados para atuar em suas áreas de formação, que consigam prestar um cuidado curativo de qualidade, sem deixar de fortalecer os elementos holísticos do cuidado através da EPS.

Uma das estratégias para promover a integralidade na assistência ampara-se no trabalho interdisciplinar. A interdisciplinaridade pode ser entendida como:

uma troca intensa de saberes profissionais especializados em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada a ser assumida diante de um determinado problema, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão unitária e abrangente sobre o ser humano (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 29).

Para Minayo (2010), a interdisciplinaridade expressa uma articulação de várias disciplinas tendo por foco o objeto, a temática, o problema complexo, que não será solucionado por uma única disciplina. A autora reforça ainda que: “a interdisciplinaridade não deve ser entendida como uma camisa de força para juntar pessoas e nem para acomodar interesse; quando demandada, ela responde a uma pergunta trazida por um tema [...] (p. 436).

A interdisciplinaridade, no campo da formação, tem o potencial de contribuir para a construção de um pensamento em comum e ampliado, sem, no entanto, deixar de lado aquilo que lhe é específico da área de atuação. Contudo, a interdisciplinaridade ainda encontra percalços para a sua efetivação, os quais poderão ser superados mediante a reestruturação da base educacional do ensino superior (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Entendendo o arcabouço teórico que sustenta o SUS e, a necessidade de formação qualificada para uma atuação integral, conforme estabelecido em seus princípios, começam a se estruturar diversas iniciativas no intuito de contribuir na transformação e qualificação das práticas em saúde. Uma dessas iniciativas foi a instituição da PNEPS (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

3.3 A Educação Permanente em Saúde como ferramenta de formação para o Sistema Único de Saúde

Com a implementação do SUS, a organização e o desenvolvimento das práticas assistenciais, tornaram-se mais complexas, como também a discussão a respeito do processo formativo de profissionais para atuar nesse meio. Para ser efetivo, dentro do que se entende como promoção de saúde, é necessário que o profissional tenha, além da capacidade técnica, uma leitura de contexto da realidade, de forma crítica e reflexiva, bem como, habilidades de comunicação, adaptação, comportamento e sociabilidade. É preciso que o profissional se entenda como prestador de serviço e como um sujeito social (AMANCIO-FILHO, 2004).

Desde a sua formação, o SUS se caracterizou como um processo de revolução dos valores em saúde, buscando a ruptura com o modelo “flexneriano”, no qual se

propunha o ensino de profissionais de saúde centrado nas especialidades, para uma outra realidade que considerasse a saúde como resultante da intersecção do indivíduo com o meio que o cerca. Mudar esses paradigmas também exigia mudança na formação dos profissionais para atuar nesse novo sistema, e dentro desta proposta diversas têm sido as experiências na capacitação profissional da área de saúde (LIMA *et al.*, 2010; BEZERRA *et al.*, 2016).

Um sistema que se orienta pela integralidade do cuidado necessita de uma formação que possibilite aos seus profissionais o desenvolvimento da sensibilidade às realidades dos contextos nos quais estão inseridos. Uma das formas de ler essa realidade se dá através da EPS, que se caracteriza pela porosidade à realidade, que está sempre em constante transformação (CECCIM, 2005).

Segundo Ceccim (2005), a EPS está relacionada com o processo pedagógico de interação entre ensino e serviço, em que se consideram de grande importância as reflexões geradas desse contato entre ambos. Porém, para além disso, pauta-se também na necessária construção de relações e processos, que vão desde o interior das equipes, considerando os seus agentes, passando pela forma como elas se organizam como instituição, até chegar ao âmbito das ações intersetoriais e interinstitucionais geridas pelas políticas norteadoras dos atos de saúde.

Documento do MS, que divulga as bases da EPS (BRASIL, 2005c), indica que o fundamento pedagógico chave da Educação Permanente é a problematização, através da qual são construídas propostas de resolução dos problemas a partir de um processo construtivo, envolvendo as realidades locais e, conseqüentemente, possibilitando ações mais efetivas. Esse fundamento parte de situações reais, e leva em consideração os conhecimentos individuais prévios dos indivíduos envolvidos.

A proposta da EPS busca quebrar a lógica hierárquica que propõe que as diretrizes devem ser dispostas dos níveis mais centrais para as realidades locais. Para promover processos de formação efetivos, deve se valer de ferramentas como a problematização, que permite uma visão mais ampla das situações a serem enfrentadas, partindo das realidades locais e para elas sendo direcionadas. (CECCIM, FEUERWERKWER, 2004).

Cabe destacar que a necessidade de viabilizar ações voltadas para a formação permanente de trabalhadores e profissionais do campo da saúde, estava sendo pautada por entidades internacionais desde a década de 1980 como, a OPAS e a

OMS, as quais sugeriam a EPS como prioridade e passaram a elaborar propostas e diretrizes para a sua estruturação (FERRAZ *et al.*, 2012).

Com a atribuição constitucional de que o SUS é ordenador de processos de Educação em Saúde, de formação de recursos humanos em saúde, tal preceito, no campo da EPS, começou a se materializar em 1997 com a criação dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da Família. Buscava alcançar, tanto profissionais que se encontravam atuando no sistema de saúde, quanto os recém-egressos dos cursos de medicina e enfermagem (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A partir de processos de avaliação evidenciou-se que, apesar de acontecerem no interior dos serviços de saúde, estas modalidades de processos formativos pouco dialogavam com a realidade. Assim sendo, em 2004, com base nesse diagnóstico, emergiu a PNEPS. A EPS emerge com o intuito de fomentar o diálogo entre os profissionais de saúde, seus gestores e o controle social, tendo a realidade do trabalho em saúde como ponto de partida sobre o qual serão construídas as estratégias de ação em saúde, visando a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e compromisso social entre os atores envolvidos (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A PNEPS foi instituída através da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e, após sua criação, iniciou-se o processo de implantação de novos polos de EPS pelo país. Mais tarde, em 2007, publicou-se a Portaria GM/MS nº 1.996 que definiu como deveria ser feita a implementação dessa política, de acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde. Sua finalidade maior era superar o modelo de atenção fragmentada por meio da interação ensino-serviço, levando em consideração a capacidade de reflexão dos indivíduos envolvidos, propondo estratégias que partissem da realidade e fossem destinadas à realidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; LIMA *et al.*, 2010; CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

A EPS fundamenta-se no princípio de que o educar deve ser constante e que não depende de um espaço formal para acontecer, mas que deve ser inerente a todos os serviços de saúde, tendo a realidade como ponto de partida. Isso se aplica aos serviços e aos processos formativos. Reforça a premissa da descentralização e usa da problematização das situações cotidianas como estratégia para organizar as ações de determinado serviço, almejando a prestação de uma assistência mais efetiva, de qualidade e humanizada (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A EPS vai além do acúmulo de saber técnico e científico, foca na orientação dos indivíduos ao correto uso dessas tecnologias, levando em conta as demandas existentes. Isso se dá através da análise crítica e reflexiva das múltiplas dimensões envolvidas no processo de trabalho, sejam elas da esfera organizacional, técnica ou humana (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A EPS pressupõe, portanto, que os processos formativos devem acontecer no ambiente de trabalho e partir da realidade disposta nesse contexto, problematizando situações reais e estimulando os agentes envolvidos a encontrar formas mais adequadas de lidar com essas situações (RODRIGUES; MORAES; SILVA, 2021).

Desde a sua criação, a EPS tem sido o eixo de orientação teórico-metodológico de diversas estratégias de qualificação dos recursos humanos para o SUS. Um desses espaços são os PRMS. Essa modalidade educativa tem se mostrado como uma alternativa à formação puramente técnica, uma vez que aproxima ensino e prática, em ambientes reais (FERRAZ *et al.*, 2012; VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

3.4 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

As primeiras Residências em Saúde, em nível mundial, tiveram início nos Estados Unidos, em 1879, no Hospital Johns Hoppinks. Eram voltadas a profissionais médicos formados e tinham o intuito de formar especialistas através da interação ensino-serviço. No Brasil, na década de 1940, verificam-se as primeiras experiências dessa modalidade de formação, sendo sediadas pela Universidade de São Paulo, em 1945 e pelo Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1947 (SANTOS-FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

No Brasil, conforme se ampliava a cobertura de saúde da população, que até a década de 1970 era oferecida, majoritariamente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) àqueles que possuíam “carteira assinada”, crescia a necessidade de um número maior de trabalhadores em saúde. Com a instituição das Ações Integrada de Saúde (AIS) e, posteriormente, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) buscava-se descentralizar as ações de saúde para as esferas estaduais e municipais, demandando mais autonomia dos gestores e dos sujeitos prestadores desses serviços (PIMENTA, 1993; SOUZA, 2002).

O crescimento considerável da demanda por estes trabalhadores de saúde, guiado pelo sistema capitalista, culminou com a criação, não planejada, dos Programas de Residência Médica como um espaço para ultra-especialização dos profissionais. Conseqüentemente, o campo de formação dessas residências limitava-se às instituições hospitalares (BRUNHOLI, 2013).

É nesse contexto, e face aos primórdios do MRS, que surgem as primeiras residências em Medicina Comunitária e as residências multiprofissionais no Brasil. A primeira residência médica voltada à saúde da comunidade foi instituída em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Sua proposta era formar profissionais com perfis integrados e habilidades para atuar com resolutividade sobre os problemas enfrentados, mais frequentemente, pela população. Mais tarde, essa modalidade de ensino seria considerada o “padrão-ouro” das especializações médicas (BRASIL, 2006).

A modalidade de residência aparece como uma proposta para ampliar os conhecimentos adquiridos pelos profissionais durante a graduação, uma vez que se considera a fragilidade e a fragmentação dos processos formativos, bem como o mundo do trabalho cada vez mais competitivo. Diferencia-se dos demais processos formativos de pós-graduação por ser desenvolvida diretamente no interior dos serviços, proporcionando um contato próximo com a realidade (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2006).

Apesar do pouco incentivo financeiro que obtiveram na época:

[...] pode-se avaliar que a implantação das Residências em Medicina Preventiva e Social, Comunitária, Multiprofissional, entre outras em vários Centros de formação do país, permitiu a ampliação da discussão acerca da assistência na Saúde Pública, sobretudo a necessidade da relação do ensino com a organização dos serviços abrindo espaços para um realinhamento da formação (BRUNHOLI, 2013, p. 70).

Contudo, apesar de existir, a categoria de residência ainda ficava bastante limitada ao campo uniprofissional. Com as discussões levantadas pelo MRS, evidenciou-se a necessidade da criação de Residências Multiprofissionais, com espaços de aprendizado comum, incentivando a formação, com vistas à promoção de saúde, considerando o indivíduo em sua integralidade (BRASIL, 2006).

A instituição do SUS veio para consolidar a necessidade de mudanças na formação dos profissionais:

Considerando-se o SUS como o maior mercado de trabalho em saúde no Brasil, deve-se reconhecer que é no cotidiano dos serviços de saúde que o conhecimento proposto pelo novo Sistema ganha materialidade. Conseqüentemente, um novo perfil profissional passa a ser exigido para o setor, diferente da realidade dos que vinham sendo formados por grande parte das instituições de ensino (BRUNHOLI, 2013, p. 78).

Em 1994, criou-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil denominada Programa Saúde da Família, que posteriormente passaria se chamar ESF. Dentro desse novo conceito, a APS passa a ser valorizada e surge a demanda por profissionais capacitados para atuação nesse meio. Os anos 2000 iniciaram-se com a necessidade de formar especialistas para atuar no SUS, com foco no trabalho multiprofissional, através da interação ensino-serviço e com vistas ao fortalecimento da APS (BRUNHOLI, 2013).

Frente a essa necessidade, foram criadas em 2002, 19 residências multiprofissionais com financiamento do MS, contudo, ainda não havia legislações específicas a respeito de como elas se desenvolveriam. Essa realidade mudou com a promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, e com a Portaria Interministerial nº 2.117, do mesmo ano, que criou a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2006).

Em 2007 foi criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) através da Portaria Interministerial MEC/MS nº45/2007. Esta foi revogada, em 2009, pela Portaria Interministerial nº 1077/2009 e novamente alterada pela Portaria Interministerial nº 1224/2012. Desde a sua criação, a CNRMS é responsável pela organização de fóruns e discussões, juntamente com os principais atores envolvidos nos PRM, na busca pela superação das fragilidades deste processo formativo. Além disso, orienta as decisões de caráter organizativo como a validação e avaliação de novos PRM (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2019).

A RMS é considerada uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões de saúde, em caráter de especialização, com carga horária mínima de 5760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas, distribuídas ao longo de dois anos, com carga horária semanal de 60 (sessenta) horas. Dessas 60 horas, 80% devem ser destinadas à integração com a prática e as outras 20% para abordagens teóricas. Os

residentes em curso recebem uma bolsa-salário custeada pelo MEC em conjunto com o MS, ou ainda, por IES vinculadas aos programas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014b).

Segundo a Resolução CNRMS nº 2 de 2012 (BRASIL, 2012a), para ser considerada multiprofissional, a residência deve conter pelo menos três profissões distintas, dentro das que compõem a área da saúde. Quanto às atividades teóricas, práticas e teórico-práticas precisa ainda contemplar eixos de saberes transversais que sejam comuns a todas as profissões e também eixos específicos de cada uma delas, preservando as particularidades de cada área.

As RMS devem oportunizar a formação de forma integrada e conjunta aos profissionais da saúde, ou seja, os assistentes sociais, biólogos, biomédicos, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais devem experienciar práticas formativas que respaldem a resolutividade, a integralidade, a prevenção e a promoção em saúde (BRASIL, 2009).

O diferencial das RMS é o foco na interdisciplinaridade como eixo norteador do processo, fato que pode ser percebido pela possibilidade de inserção das diferentes profissões citadas. Cada uma não deixa de possuir sua singularidade, mas contribui na construção da coletividade. Além disso, possibilitam um contato direto do residente com a realidade, como ela de fato se apresenta e, através das ferramentas de ensino, estimulam a criação de possibilidades viáveis para enfrentar os desafios encontrados (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017).

Segundo Lima (2020, p. 15), as residências multiprofissionais “[...] estão orientadas por uma visão diferenciada da atenção e do cuidado, na qual, não apenas as diferentes competências profissionais são reconhecidas, mas devem efetivamente estar integradas”. Parte-se do pressuposto de que a criação de um ambiente propício para a atuação interprofissional, onde os profissionais trabalhem juntos e, também aprendam juntos, desenvolvam, desde a formação, maneiras de pensar integradas (CECCIM, 2020).

Ademais, buscam formar profissionais que sejam sensíveis às diversas situações cotidianas, pelo olhar humanizado e voltado para o paciente e seus vínculos familiares, buscando atingir o princípio da integralidade através da postura crítica e reflexiva fortalecendo, assim, os pressupostos doutrinários do SUS (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2006).

Assim, os PRM têm sido apontados como espaços de desenvolvimento de habilidades necessárias à atuação qualificada, conforme os princípios do SUS. Partindo do eixo orientador da EPS, a formação se dá pelo trabalho e para o trabalho, aumenta o potencial de resolutividade frente às demandas de saúde e instrumentaliza os profissionais para atuarem de maneira crítica e reflexiva. Para ser um profissional resolutivo é necessário se aproximar do paciente e não apenas da doença que o acomete, e somente a realidade pode proporcionar isso (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006; SILVA, 2018).

As RMS valem-se dos pressupostos de mudança na estrutura do modelo assistencial em saúde, de formação dos recursos humanos e da gestão destes recursos. Por isso, podem ser consideradas muito válidas e, ao mesmo tempo, muito difíceis de serem implementadas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

3.5 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma experiência em construção

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foco do estudo, está situado em Cascavel, município localizado na região Oeste do estado do Paraná que, no ano de 2020, contava com uma população estimada de 332.333 habitantes (IBGE, 2020). No âmbito da saúde, divide-se em três distritos sanitários e, quanto à cobertura APS, tem em seu território 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 31 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 22 na zona urbana e 9 na rural (INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE CASCAVEL, 2022).

Espelhando-se nas experiências exitosas dos PRMS do Brasil e, entendendo a relevância dessa ferramenta para a formação de profissionais capacitados para atuar em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, o município decidiu sediar um desses programas. A iniciativa partiu da Escola de Saúde Pública, um dos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR. No ano de 2017, o município aderiu ao Programa através da Lei Municipal nº 6.709 e sua regulamentação se deu pela Lei Municipal nº 6.988 de 10 de maio de 2019 (CASCAVEL, 2017; CASCAVEL, 2019).

O PRMSF de Cascavel-PR destina-se a profissionais graduados e, atualmente, dispõe de vagas para as áreas de enfermagem, odontologia e serviço social. O regime de atuação dos residentes obedece às legislações regulamentadoras dos demais Programas de Residência, sendo composto por uma jornada de 60 horas semanais, distribuídas entre atividades práticas e teóricas. Os cenários de prática se encontram, preferencialmente, em USF previamente selecionadas e cada residente possui um preceptor da mesma área de formação, podendo ser referência de, no mínimo, um e de, no máximo, quatro residentes (CASCAVEL, 2018; CASCAVEL, 2019).

O ingresso dos residentes no Programa ocorre anualmente, desde 2018, através de processo seletivo público, conforme normas constantes em edital. Nos dois primeiros anos de vigência foram disponibilizadas 03 (três) vagas por área profissional, conforme a Portaria nº 33 de 22 de janeiro de 2018, sendo aumentadas para 05 (cinco) em 2020, segundo disposto na Portaria nº 10 de 2020. Até o ano de 2022, formaram-se duas turmas e outras duas encontram-se em formação (BRASIL, 2018; CASCAVEL, 2018; BRASIL, 2020).

O PRMSF de Cascavel-PR tem como objetivo capacitar profissionais de saúde para atuarem no SUS através da educação em serviço, tendo por referência o modelo da ESF que permite exercitar a multidisciplinaridade e a interprofissionalidade por meio da organização dos serviços e do processo de aprendizagem (CASCAVEL, 2018).

Nesses mais de 30 anos, dentre as ações estruturantes do SUS, destaca-se a criação da ESF, em 1994. Através dela, buscou-se reorientar o sistema com vistas ao alcance da integralidade do cuidado, tendo a APS como principal porta de entrada e como coordenadora do cuidado dentro do SUS. Segundo o e-Gestor AB, plataforma do MS que permite acesso a dados referentes a APS tais como cobertura, suspensão de recursos e pagamentos das Equipes, até o ano de 2020, a ESF cobria 63,62% da população brasileira, distribuída por todo o território nacional. Dessa forma, a ESF pode ser considerada um campo propício para o desenvolvimento das atividades propostas pelos PRM (SOUZA *et al.*, 2018; CASCAVEL, 2020; E-GESTOR, 2020).

Conforme disposto no Projeto Político Pedagógico (PPP) do Programa, busca-se a qualificação dos residentes por meio da interação com a realidade dos serviços, para que, ao final do processo, possam ser formados profissionais comprometidos com a qualidade técnica, ética e política da ESF. Sendo assim, a estrutura metodológica adotada está em conformidade com os pressupostos da Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) (CASCAVEL, 2020).

As atividades do PRMSF, no município de Cascavel-PR, visam impactar o sistema de saúde da região e o sistema de formação, levando em consideração o potencial existente no diálogo entre a realidade e os agentes que estão sendo formados nesse modelo educacional (CASCAVEL, 2020).

Considerando as intencionalidades do PRMSF, enquanto iniciativa do Estado, emerge a necessidade de criar mecanismos de avaliação para averiguar se os impactos e mudanças desejados têm sido alcançados. A avaliação de programas do Governo mostra-se como algo inerente de uma sociedade democrática, constituindo uma ferramenta de controle e participação social (LORDELO; DAZZANI, 2012).

É na prática que as políticas públicas revelam sua efetividade e, a partir disso, pode-se presumir, não apenas se os objetivos foram alcançados, mas se há necessidade de mudanças no cerne de determinada política. Uma das formas de realizar a avaliação de programas de formação é através da pesquisa com egressos (LORDELO; DAZZANI, 2012).

A pesquisa com egressos apreende informações daqueles que foram diretamente impactados pelos processos formativos desenvolvidos dentro das políticas públicas. A apropriação, pelos egressos, das ferramentas disponibilizadas a eles, e o impacto em sua prática profissional fornecerão subsídios para qualificar os programas e observar a assertividade de suas proposições. (LORDELO; DAZZANI, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Polit e Beck (2019), estudos de casos se caracterizam por serem investigações detalhadas, profundas, de uma ou poucas entidades, dentre elas, grupos específicos, campo de atuação, instituições ou unidade social. Segundo Yin (2001), estudo de casos permitem um maior detalhamento e conhecimento mais amplo de dada realidade.

Para Gil (2002), no estudo de caso o objeto de pesquisa é preservado em sua unidade, mas há o entrelaçamento com o contexto em que está inserido, possibilitando assim, a formulação de hipóteses, teorias e explicações de variáveis em situações complexas.

Estudos exploratórios, por sua vez, objetivam:

[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2022, p. 27).

As pesquisas descritivas buscam apresentar as características que compõem determinada população ou fenômeno, ou ainda, estabelecer relações entre variáveis. Costuma-se utilizar de técnicas padronizadas de coleta de dados, a exemplo de questionários ou da observação sistêmica. Por vezes, além de identificar a relação entre as variáveis, ainda se propõe a estabelecer a natureza dessa interação (GIL, 2022).

Os estudos exploratório-descritivos, quando combinados,

têm por objetivo descrever completamente determinando fenômeno, como por exemplo o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2015, p. 71).

Segundo Minayo (2002), a abordagem qualitativa centra-se nos significados dos eventos, naquilo que não pode ser quantificado de forma exata, mas que se encontra no universo dos significados das ações e relações humanas. Não exclui a necessidade do conhecimento quantitativo, mas preocupa-se em aprofundar as análises a um nível não mensurável através de equações, médias e estatísticas.

4.2 Campo de pesquisa

O estudo foi realizado em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um município do Oeste do Paraná.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais, egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Foram incluídos todos os que concluíram o processo formativo, nas turmas de 2020, 2021 e 2022, com exceção dos que se negaram a participar. O acesso à lista de egressos, de seus contatos telefônicos e seus endereços de *e-mail* foram fornecidos pela Coordenação do Programa.

4.4 Método e técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas orientadas por questionário semiestruturado. A elaboração das questões do instrumento teve como referência o PPP do PRMSF, o qual expressa os fundamentos teórico-metodológicos da formação em questão.

Os domínios do instrumento foram: **a) caracterização dos participantes:** idade, sexo, formação na graduação, ano de conclusão, ano de conclusão da residência; **b) formação no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família:** vivências formativas na Atenção Básica, no SUS; avaliação de elementos curriculares: disciplinas teóricas e práticas; mediação pedagógica de preceptores e tutores; trabalhos interprofissional/multiprofissional; vivência de Educação Permanente em Saúde; **c) atuação profissional:** vínculo profissional atual; articulação da formação na residência e atuação profissional atual; inserção no mundo do trabalho após a residência; contribuição da residência para inserção dos diferentes campos profissionais.

Após finalizado, o instrumento (roteiro da entrevista) passou por avaliação de uma equipe de especialistas, contendo oito profissionais que atuam no PRMSF, entre eles, tutores e preceptores. A avaliação foi realizada por meio de formulário específico, na plataforma Google Forms (Apêndice A), e todas as questões foram analisadas por todos os avaliadores. Foi solicitado que analisassem as questões da caracterização dos participantes considerando as seguintes indagações: Permitem caracterizar o perfil do participante sem identificá-lo/distingui-lo? Permitem caracterizar a formação acadêmica dos participantes? Permitem caracterizar a atuação profissional atual? Possuem clareza, ou seja, forma inteligível e de fácil compreensão? São pertinentes? Possuem relação direta ao que se objetiva avaliar? São relevantes? Possuem centralidade para identificar o que se propõem?

Após análise, dois avaliadores sugeriram que, dentre as questões de domínio da caracterização dos participantes, seria importante acrescentar uma pergunta sobre a atuação profissional atual, sugestão que foi incorporada ao roteiro, tornando-se a questão 10.

Na pergunta 14, um avaliador sugeriu uma nova redação, no sentido de expor, com maior clareza, os cenários de prática nos quais os residentes do Programa atuam. A questão original foi apresentada da seguinte forma:

Quanto aos cenários de prática (Centro de Saúde, Rede de Urgência e Emergência no que se aplicam à APS, domicílios, escolas, associações comunitárias, dentre outros) explique como colaboraram na sua formação para a atuação na ESF?

A redação sugerida e incorporada para o roteiro foi:

Quanto aos cenários de prática (Centro de Saúde, Rede de Urgência e Emergência, domicílios, escolas, associações comunitárias, dentre outros, nos aspectos/fatores - que se relacionam à APS) indique como colaboraram na sua formação para a atuação na ESF.

As demais questões do roteiro foram avaliadas e não receberam sugestões para mudança. Os avaliadores consideraram que possuem clareza, sendo inteligíveis e de fácil compreensão. São pertinentes, por possuírem relação direta ao que se objetiva avaliar na pesquisa, e são relevantes, tendo centralidade para identificar a que se propõem.

Assim, após incorporar as considerações dos avaliadores, o roteiro foi considerado adequado para guiar as entrevistas. Na sequência, os dados foram coletados por meio de entrevistas orientadas por questionário semiestruturado (Apêndice B).

Participaram do estudo 17 egressos, no período de 16 de junho a 21 de julho de 2022, em entrevistas realizadas por meio de vídeo-chamadas efetuadas nas plataformas *on-line* Google Meet e Microsoft Teams, as quais foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O tempo médio das entrevistas foi de 28 minutos.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram transcritos e submetidos a análise de conteúdo, sendo considerado um conjunto de técnicas de:

análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

Os objetivos desse método de análise são superar a incerteza do que pode estar contido em uma mensagem, por meio da identificação de conteúdo e estruturas, ou ainda pelo esclarecimento de elementos de significações da produtividade e pertinência da mensagem (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo consistiu em uma forma de sistematizar os dados, verbais e não-verbais, estruturando-se em três etapas, sendo elas: pré-análise, na qual houve, após a organização do material, o contato exaustivo com a transcrição das entrevistas visando a constituição do corpus (seleção dos elementos centrais), obedecendo aos critérios de homogeneidade e pertinência ao objetivo do trabalho e à formulação de hipóteses e indicadores.

Na sequência, realizou-se a exploração do material, expressa pela codificação e categorização e, na última etapa, o tratamento dos resultados, com possíveis inferências e interpretação (BARDIN, 2016).

Nessa análise, o pesquisador busca compreender as características, estruturas e informações que possam estar implícitas nos fragmentos de mensagens dos dados coletados. Assim, ao pesquisador, cabe entender o sentido da comunicação pesquisador/receptor, além de olhar para o significado da mensagem explícita nos dados coletados (BARDIN, 2016).

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e aprovado pelo parecer número 5.264.054 (Anexo I). Foram atendidas as normas das pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução CNE Nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), as orientações para pesquisas *on-line* dispostas no Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021b) e a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados ou informações identificáveis.

Após a aprovação, foi enviado, primeiramente, convite aos participantes, no qual foi apresentado o título, o tema do estudo, os objetivos e as estratégias metodológicas, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice C) com as demais informações sobre o estudo. Foi assegurado também, aos participantes, garantia do sigilo, do anonimato e do direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos, bem como o contato das pesquisadoras.

Com o aceite dos participantes foi realizado o contato para agendar a entrevista. Após a coleta, as falas transcritas foram ordenadas, sistematizadas sem qualquer identificação dos participantes. Para referenciar as falas/ideias e conceitos utilizou-se um código para cada categoria de participante, sendo: REE (Residente Egresso de Enfermagem); REO (Residente Egresso de Odontologia) e RESS (Residente Egresso em Serviço Social), seguido de um número arábico sequencial, conforme exemplo: REE1, REE2...; REO1, REO2..., RESS1, RESS2.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram organizados em três artigos científicos distintos, de forma a contemplar todos os objetivos inicialmente propostos.

O artigo 1 usa a matriz SWOT (FOFA) para proceder a análise da formação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família sob a ótica de egressos, considerando suas potencialidades e fragilidades, e será submetido após a defesa da dissertação.

O artigo 2 aborda as motivações dos egressos para ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a sua trajetória profissional. Também será submetido após a defesa.

O artigo 3 apresenta a percepção dos egressos sobre os impactos da pandemia no processo formativo da residência. Foi submetido à revista Trabalho, Educação e Saúde e, portanto, a formatação segue as recomendações da respectiva revista a qual foi submetido. Encontra-se em avaliação, conforme comprovante apresentado no Anexo II.

5.1. Artigo 1: Uso da matriz SWOT (FOFA) na análise da formação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família sob a ótica de egressos

Resumo: Desde a emergência do Sistema Único de Saúde no país, a formação e a atuação de profissionais de saúde têm sido estratégias importantes para concretização de seus princípios doutrinários e organizativos. Assim sendo, o incentivo à criação de Residências em Área Profissional da Saúde tem ganhado destaque no sentido de aprofundar a formação profissional específica. O presente artigo teve como objetivo identificar potencialidades e fragilidades de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela ótica de egressos, contribuindo para a discussão de quão efetivas têm sido as ações referentes à formação de recursos humanos em saúde na realidade local. Utilizou-se a abordagem qualitativa, realizando-se a coleta de dados através de entrevista orientada por roteiro semiestruturado. Participaram do estudo 17 egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Cascavel-PR, das turmas de 2018 a 2022, representados por enfermeiros, dentistas e assistentes sociais. Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin e organizados conforme a matriz SWOT (FOFA). No ambiente interno, pôde-se identificar forças e fraquezas, e no externo, oportunidades e ameaças. As forças e oportunidades apontam para o potencial do Programa em qualificar a formação multiprofissional e a inserção dos egressos no mundo do trabalho. Em contrapartida, as fraquezas e ameaças mostram

a necessidade de adaptação de alguns pontos da proposta do Programa, à realidade dos serviços, bem como à realidade do mundo do trabalho frente aos profissionais formados. Mostram também a necessidade de, não apenas formá-los, mas dar a eles a oportunidade de atuarem. Diante do exposto, a pesquisa cumpriu seu objetivo de apontar as fragilidades e potencialidades do Programa em questão. Destaca-se a importância de fortalecer o ambiente interno dos Programas de Residência, visando uma formação mais assertiva diante das realidades locais, e a necessidade de estratégias que facilitem o ingresso destes profissionais no mundo do trabalho dentro do Sistema Único de Saúde e que os valorizem por sua formação.

Palavras-chaves: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Equipe Multiprofissional; Atenção Primária em Saúde.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro, como se avista atualmente, originou-se a partir das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), iniciado na década de 1970. Desde a emergência legal do Sistema Único de Saúde (SUS) e implantação no país, a partir da década de 1990, diversas estratégias foram definidas para a concretização dos seus princípios teóricos e organizacionais, seja no campo da gestão, da assistência, do financiamento e da organização do trabalho, tendo destaque, nesse item, a formação e atuação dos profissionais da saúde (BRASIL, 1988; SANTOS, 2018).

Segundo Vasconcelos *et al.* (2015), um dos desafios na formação para o SUS é a superação da fragmentação do cuidado e da visão biologicista do processo de saúde-doença. De acordo com Araújo *et al.* (2017), a formação para a atuação no SUS exige do profissional um olhar reflexivo do contexto que o cerca e uma relação dialógica com os demais membros da equipe para que haja construção coletiva de conhecimentos e práticas de cuidado. Assim sendo, práticas de gestão e de atenção devem ser fortalecidas para que as ações nos serviços de saúde expressem os princípios doutrinários e organizacionais do sistema de saúde.

Em 2004, o Ministério da Saúde, captando as proposições do campo da formação, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma das estratégias de mudança da formação e desenvolvimento de profissionais da saúde, para possibilitar a transformação necessária “[...] nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (BRASIL, 2014, p. 2). Um dos desdobramentos da PNEPS foi o incentivo à criação das Residências em

Área Profissional da Saúde, através da Lei nº 11.129 de 2005 e a da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de novembro do mesmo ano, que criou a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) (BRASIL, 2005a; BRASIL 2005b).

Essa formação profissional é ofertada pelo município de Cascavel-PR, sendo coordenada pela Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) de Cascavel-PR é destinado ao aprofundamento da formação de profissionais de enfermagem, odontologia e serviço social. De acordo com a proposta pedagógica, os residentes devem atuar em Unidades de Saúde da Família (USF) do município, com formação voltada à Atenção Primária à Saúde (APS) (CASCATEL, 2019). Compreendendo a importância de tais iniciativas no contexto da formação em saúde, torna-se relevante analisar a formação ofertada pelo Programa, identificar potencialidades a serem mantidas e fragilidades a serem superadas.

Estudos que buscam identificar percepções e vivências de egressos são uma estratégia importante para avaliar processos formativos, pois auxiliam na identificação das potencialidades e limites dos projetos pedagógicos. Os resultados podem apontar para uma melhor utilização e controle dos recursos aplicados aos programas governamentais, auxiliando no fortalecimento ou reformulação de políticas, conforme a necessidade. Isso favorece uma maior transparência das ações do Estado e impõe racionalidade às estratégias de governo (LORDELO; DAZZANI, 2012; CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021).

Dessa forma, o objetivo do presente artigo é identificar, pela ótica de egressos de um PRMSF, as potencialidades e fragilidades do processo formativo vivenciado, contribuindo para a discussão de quão efetivas têm sido as ações do MS/MEC no que tange à formação de recursos humanos em saúde na realidade local.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa realizado junto a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um município do Oeste do Paraná. Participaram do estudo egressos do Programa, sendo: enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais. Foram incluídos todos os que concluíram o processo formativo, nas turmas de 2020, 2021 e 2022, com exceção dos que se negaram a participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas orientadas por questionário semiestruturado, tendo os seguintes domínios **a) caracterização dos participantes:** idade, sexo, formação na graduação, ano de conclusão, ano de conclusão da residência; **b) formação no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família:** vivências formativas na Atenção Básica, no SUS; avaliação de elementos curriculares: disciplinas teóricas e práticas; mediação pedagógica de preceptores e tutores; trabalhos interprofissional/multiprofissional; vivência de Educação Permanente em Saúde; **c) atuação profissional:** vínculo profissional atual; articulação da formação na residência e atuação profissional atual; inserção no mundo do trabalho após a residência; contribuição da Residência para inserção dos diferentes campos profissionais.

O instrumento passou por avaliação de uma equipe de especialistas que atuam no PRMSF, sendo alterado e considerado adequado após incorporar as considerações dos avaliadores. Inicialmente foi enviado convite aos participantes, sendo apresentado o título, tema do estudo, os objetivos e as estratégias metodológicas, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aqueles que concordaram em participar foram entrevistados por meio das plataformas *on-line* Google Meet e Microsoft Teams, no período de 16 de junho a 21 de julho de 2022 e as entrevistas tiveram duração média de 28 minutos. As falas foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

Partindo da necessidade de planejamento das ações no campo da formação em saúde, a utilização da “Análise ou Matriz de SWOT” pode ser uma ferramenta útil na identificação das potencialidades e fragilidades dos PRMSF. Oriunda do ambiente da administração, a “Matriz SWOT”, do inglês: *strengths, weaknesses, opportunities e threats*, conhecida no Brasil como “Análise FOFA” (forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) propõe a análise dos ambientes externos e internos com relação ao objetivo proposto para determinada empresa ou sistema, tendo como finalidade auxiliar na tomada de decisões quanto ao planejamento de ações futuras (FERNANDES, 2012; VENDRUSCOLO *et al.*, 2022).

A “Matriz SWOT” é uma ferramenta do planejamento estratégico, elaborada entre as décadas de 1950 e 1960, que busca facilitar a visualização de potenciais elementos positivos e negativos dentro de um sistema ou programa, através da disposição desses elementos tanto nos ambientes externos quanto nos internos.

Auxilia, dessa forma, no planejamento das ações no sentido de fortalecer potencialidades e superar fragilidades (FERNANDES, 2012).

Optou-se por utilizar a “Matriz SWOT” para organizar e apresentar os resultados, valendo-se das categorias dispostas neste instrumento, sendo as de caráter externo: oportunidade/ameaças; e interno: forças/fraquezas, visando colaborar na elaboração de estratégias para melhor aproveitamento das potencialidades do Programa e superação das fragilidades (FERNANDES, 2012).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer número 5.264.054. Para referenciar as falas/ideias e conceitos utilizou-se um código para cada categoria de participante, sendo: REE (Residente Egresso de Enfermagem); REO (Residente Egresso de Odontologia) e RESS (Residente Egresso em Serviço Social), seguidos de um número arábico sequencial que expressa a qualidade de participantes por categoria.

Resultados e discussão

Do total de 24 (100%) egressos do PRMSF, 17 (70,8%) participaram do estudo, os quais foram residentes entre os anos de 2018 e 2022, das três turmas formadas pelo programa. Cabe destacar que nas duas primeiras turmas, a de 2018-2020 e a 2019-2021, o número de ingressantes foi de nove residentes, sendo três vagas, respectivamente, para Enfermagem, Odontologia e Serviço Social. A partir da seleção de 2020, ampliou-se o número de vagas, sendo cinco para cada área, portanto, atualmente, a oferta é de 15 vagas. A tabela 1 apresenta a composição das turmas do PRMSF, quanto a ingressantes, egressos e participantes no estudo.

Tabela 1. Composição das turmas do PRMSF, ingressantes, egressos e participantes do estudo. Cascavel/Paraná, 2022.

2018-2020	Ingressantes	Egressos	Participantes no estudo
Enfermagem	3	3	-
Odontologia	3	2	2 (100%)
Serviço Social	3	3	1 (33,3%)
Total	9	8	3 (33%)
2019- 2021	Ingressantes	Egressos	Participantes no estudo
Enfermagem	3	1	1 (100%)
Odontologia	3	2	1 (50%)
Serviço Social	3	1	1 (100%)
Total	9	4	3 (75%)

2020-2022	Ingressantes	Concluintes	Participantes no estudo
Enfermagem	5	3	3 (100%)
Odontologia	5	4	4 (100%)
Serviço Social	5	5	4 (80%)
Total	15	12	11 (92%)

Fonte: Coordenação da Escola de Saúde Pública Municipal e dados coletados na pesquisa.

Conforme observado, apesar do pouco tempo entre o término do processo formativo na residência e a realização da pesquisa, o nível de participação dos egressos foi inversamente proporcional ao tempo transcorrido, sendo que, quanto mais distante do término, menor foi a adesão. Esse padrão também tem sido observado em outros estudos com egressos e pode ter relação com a maior dificuldade em contatar os egressos mais antigos por mudanças em seus e-mails/telefones, pelo maior número de egressos na turma mais recente (2020-2022) e pelo distanciamento dos egressos de atividades de cunho científico (BRANCHI, 2020).

Na tabela 2, segue-se a caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, categoria profissional, ano de conclusão da graduação e ingresso no PRMSF.

Tabela 2. Caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, categoria profissional, ano de conclusão da graduação e ingresso no PRMSF. Cascavel/ Paraná, 2022.

Sexo	N (%)
Feminino	12 (70,6%)
Masculino	5 (29,4%)
Idade	N (%)
24-26	10 (58,8%)
27-29	3 (17,6%)
30-32	-
+ de 32	3 (17,6%)
Não informou	1 (5,9%)
Categorias profissionais	N (%)
Enfermagem	4 (23,5%)
Odontologia	7 (41,2%)
Serviço Social	6 (35,3%)
Ano de conclusão da graduação	N (%)
2008	1 (5,9%)
2009	1 (5,9%)
2014	1 (5,9%)
2016	1 (5,9%)
2017	2 (11,76%)
2018	3 (17,64%)
2019	7 (41,17%)
2020	1 (5,9%)
Natureza da Instituição de Ensino Superior (IES) da graduação	N (%)
Privada	4 (23,5%)
Pública	13 (76,5%)
Tempo para o ingresso na residência após a conclusão da graduação	N (%)
Menos de 1 ano	10 (58,8%)
2 anos	2 (11,7%)
3 anos	2 (11,7%)

5 anos	1 (5,9%)
9 anos	1 (5,9%)
10 anos	1 (5,9%)

Fonte: Dados das entrevistas sistematizados pela autora (2022).

Desde a instituição da Lei nº 11.129 de 2005, responsável pela criação das Residências em Área Profissional da Saúde, busca-se “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho” (BRASIL, 2005a, p. 3). A caracterização dos participantes permite inferir que esse objetivo tem sido alcançado, uma vez que 13 (76,5%) dos egressos entrevistados têm idade entre 24 e 30 anos, sendo que 10 (58,8%) ingressaram no programa menos de um ano após o término da graduação. Essas evidências estão de acordo com outras pesquisas realizadas com egressos no país (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONSELOS, 2017; GERMANNNO, 2019; LIMA *et al.*, 2021).

Assim como os dados obtidos por Germano (2019), Flor (2021) e Lima *et al.* (2021), a maioria dos entrevistados, 12 (70,6%), são do sexo feminino, apontando para o fenômeno da “feminização” do mundo do trabalho, no qual há uma crescente ocupação das mulheres em cargos e funções que antes eram exercidos majoritariamente por homens, como é o exemplo da medicina e odontologia (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Outro aspecto observado relaciona-se à natureza da IES de origem dos egressos. A maioria, 13 (76,5%) é formada em IES pública e quatro (23,5%) em instituições privadas, fato igualmente observado por Lima *et al.*, 2021.

Matriz SWOT na análise de potencialidades e fragilidades do PRMSF

A matriz SWOT se apresenta em quatro divisões a saber: *Strengths* = forças, *Weaknesses* = fraquezas, *Opportunities* = oportunidades e *Threats* = ameaças (FERNANDES, 2012). Especificamente, nesse estudo, as forças e fraquezas são oriundas do ambiente interno e representam os fatores relacionados à experiência dos egressos no desenvolvimento da proposta formativa do PRMSF. As oportunidades e ameaças, por sua vez, referem-se ao ambiente externo e são representadas pela relação dos egressos com a residência, no que tange ao envolvimento com o mundo do trabalho. Os dados sistematizados serão apresentados a partir dessas categorias, conforme quadro 1.

	Forças	Fraquezas
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fortalecimento da intervenção profissional no âmbito da Atenção Primária em Saúde; ◆ Diferentes cenários de prática potencializando a formação para a atuação no SUS/APS ◆ Atuação multiprofissional na formação do residente em Saúde da Família 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Deficiência na formação teórica ◆ Interação multiprofissional fragilizada; ◆ Poucas vivências de Educação Permanente em Saúde nos campos de prática; ◆ Falta de formação para atuação de preceptores, tutores e coordenadores
	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Preparação para atuar no Sistema Único de Saúde; ◆ Contribuições da formação do Programa de Residência na inserção e atuação no mundo do trabalho; ◆ Pandemia da Covi-19 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificuldades de inserção no mundo do trabalho; ◆ Desvalorização da especialização em Saúde da Família; ◆ Pandemia da Covid-19; ◆ Carga horária excessiva.

Fonte: Coleta de dados do estudo.

Forças

Fortalecimento da intervenção profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde

Os egressos indicaram que o PRMSF oportunizou mudança no entendimento e atuação profissional na APS/SUS, visto que a formação promoveu, por meio das atividades desenvolvidas, sejam teóricas ou práticas, uma compreensão ampliada e contextual da assistência, do sujeito em situação de cuidado e do processo saúde-doença. Esse feito foi potencializado pela característica multiprofissional do programa, por envolver profissionais de saúde com atuações distintas (assistentes sociais, enfermeiros e odontólogos), característica que, no processo de formação, oportunizou outros olhares, experiências e perspectivas, fortalecendo assim a intervenção profissional na APS.

Foi um divisor de águas para mim, profissionalmente falando e enquanto pessoa também, porque o que a gente vê ali na verdade é a realidade. A gente vê a realidade, a gente trabalha junto com outros profissionais de outras áreas, você discute de uma forma diferente, então com certeza mudou muito o meu olhar (REE2).

[...] A residência é muito importante, pensando no investimento que o governo faz, o retorno que ela pode oferecer é muito maior do que esse investimento. Então é um processo muito válido, e na medida do possível ampliar, mas antes de ampliar, qualificar (REO6).

Entre os egressos, a maioria havia vivenciado alguma experiência no SUS, porém, de forma incipiente, mecanizada, fragmentada, observacional e vaga. Isso pode referir fragilidades na formação ofertada nos cursos de graduação, no que diz respeito aos princípios e diretrizes do SUS, especificamente para a APS. Nessa perspectiva, conforme Brasil; Oliveira; Vasconcelos (2017), os PRMSF têm representado espaços para a qualificação de recursos humanos para atuar no SUS, inclusive em outros níveis de atenção além da APS.

As RMS constituem-se a expressão do desenvolvimento da PNEPS, possibilitando uma formação densa, ancorada no pressuposto da formação no trabalho e engajada com o fortalecimento do SUS (RODRIGUES; MORAES; SILVA, 2021).

Para Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021) o sucesso de Programas de Residência Multiprofissional (PRM) relaciona-se à atuação em equipe multiprofissional e à satisfação desses pós-graduados quanto a esse tipo de formação, por se constituírem em espaços vantajosos para a formação profissional pautada nos princípios e diretrizes do SUS.

Diferentes cenários de prática potencializando a formação para a atuação no SUS/APS

Segundo a Portaria Interministerial nº 1077 de 2009 (BRASIL, 2009), os PRM devem proporcionar aos residentes a oportunidade de conhecer diferentes cenários de prática que sejam representativos das realidades socioepidemiológicas do país. Os egressos apontaram que a diversificação de campos de atuação e interação com os espaços externos às Unidades, sejam eles Centro de Saúde, Rede de Urgência e Emergência, domicílios, escolas, associações comunitárias, dentre outros é um ponto importante e positivo para o processo formativo. Destacaram que a vivência e a interação em diferentes espaços favoreceram um entendimento mais amplo das condições de vida e de saúde de cada local e de cada população, permitindo identificar as prioridades no planejamento do cuidado, das ações de prevenção de agravos e promoção de saúde:

[...] quando se fala do SUS e da promoção e prevenção a Saúde, abrange bem mais do que a distribuição de medicamentos e a disponibilidade de uma

agenda médica. Esse contato com a comunidade ajuda a gente a conhecer o contexto para fazer as abordagens de educação em saúde, ela contribui para que você conheça o cidadão dentro do seu habitat, daquilo que é rotina dele, para poder fazer uma abordagem mais assertiva (RESS1).

[...] eu achei que para mim foi um crescimento muito grande nessa parte. Na visita domiciliar a gente conhece a realidade da outra pessoa, não fica só sentado atrás da nossa mesa dizendo 'faz isso', 'faz aquilo'. Quando a gente vai conhecer a gente fica chocado com certas situações. Eu nunca presenciei essas situações que eu vi durante a residência (REO1).

É importante porque são outras realidades então apesar de ser tudo Unidade de Saúde da Família, mas são perfis de populações diferentes, são perfis de profissionais diferentes que você vai ter que trabalhar. Então é muito importante você ter esse contato com outras realidades. É bem bacana (REE4).

Além da mudança de contexto, gerada pela rotatividade de cenários de prática, outro aspecto observado positivamente foi a interação dos residentes com diferentes equipes, preceptores, rotinas e agendas de trabalho de diferentes unidades e demais serviços de saúde:

[...] E eu fico triste por quem não conseguiu trocar de cenário porque é muito diferente, ali, estando dentro da mesma unidade, a população de uma equipe é muito diferente da outra, a forma de trabalhar do profissional é muito diferente, cada um tem a sua dinâmica, cada um tem as suas especialidades em uma área, cada um segue uma vertente. Então, a gente ter essa experiência, essa vivência com outros profissionais também auxilia na nossa aprendizagem [...] (REE1)

Eu acho que isso é essencial, tanto para o público que diferencia bastante, o público que a gente atende, quanto para a preceptoria que é diferente, atua de uma maneira diferente e aí você precisa dessa mudança, é essencial essa mudança [...] porque se você pega um campo que uma profissional é de uma maneira eticamente errada você vai levar só aquilo, se você não souber como se portar enquanto profissional, você vai levar só aquilo e achar que está certo (RESS6).

[...] é fundamental a gente conhecer todos os serviços da rede para conseguir fazer essa ponte, até mesmo para auxiliar os colegas, porque muitos colegas desconhecem os fluxos, as orientações e isso acaba travando até o direito do paciente por desconhecimento. Então foi muito fundamental esse conhecimento, esse contato para a gente fazer esses tipos de encaminhamentos [...] O indivíduo não é só formado por uma política, ele precisa das outras. E assim a gente tem que entender o nosso trabalho, como um trabalho realmente em rede intersetorial que a gente tenta (RESS2).

Segundo Flor (2023), a formação nos PRM tem possibilitado aos residentes vivenciar de maneira mais próxima a realidade do SUS, tanto em suas práticas assistenciais, quanto em relação aos contextos que cercam o cuidado em saúde, representados pelos diferentes cenários de prática. Esse deslocamento entre os

cenários se mostra positivo pois permite o reconhecimento dos fluxos do usuário na rede, bem como das distintas realidades em saúde em determinada situação socioepidemiológica.

Arnemann *et al.* (2018) indicam que as vivências interprofissionais em diferentes cenários de prática profissional, oportunizadas pelas RMS, podem ser capazes de preparar melhor os futuros profissionais de saúde para atuarem a partir dos princípios do SUS. Impactam, também, na ascensão da qualidade da atenção oferecida à população, expressa no senso de responsabilidade social na formação em saúde.

A atuação multiprofissional na formação do residente em Saúde da Família

O PRMSF, foco do presente estudo, é composto por três categorias profissionais: enfermagem, odontologia e serviço social. Essa formação ofertada tem amparo no pressuposto do trabalho multiprofissional, no qual cada profissão não abandona suas particularidades e especificidades, mas contribui na construção de um olhar coletivo sobre a assistência à saúde, da formação à integração de saberes e conhecimentos, a fim de atender às necessidades de saúde da população.

Assim sendo, 15 (82,3%) dos participantes, egressos do PRMSF, indicaram que a residência oportunizou uma formação multiprofissional conforme a proposta do programa. Apontaram, como uma fortaleza do programa, o entendimento do fazer multiprofissional, não só como estratégia de formação, mas como instrumentalização profissional para o mundo do trabalho. Esse entendimento possibilita a construção de uma assistência ampliada, amparada na compreensão interdisciplinar que é o principal subsídio da integralidade.

Eu acho que porque a gente sabe o papel do outro profissional, a gente entende a importância de cada um ali dentro, que a gente tem que dar espaço para esse profissional e que a gente entende que sozinho a gente não vai conseguir fazer nada (REE2).

Por mais que a gente não trabalhe, por exemplo, muitos conteúdos e disciplinas que são privativos das outras áreas, a gente utiliza bastante do conhecimento de outras áreas para a nossa intervenção, eu acredito que o serviço social é bem amplo de compreender, que o profissional tem tal atribuição, então vamos, não utilizá-la, mas vamos nos juntar a ele para fazer uma intervenção maior (RESS4).

Eu acho que no caso da nossa turma o que facilitou bastante era o perfil profissional também. Então, vai da busca do profissional. Nós tínhamos ali

um grupo de várias áreas, com suas expertises que acabaram se dispondo a se conhecer e a entender esse processo. Então a equipe em si dos residentes de odonto, serviço social e enfermagem houve um entrosamento bem bacana, porque pensávamos diferente, mas estávamos abertos a essa construção de entender o processo de atuação meu, a minha técnica profissional dentro da atenção multiprofissional (RESS1).

A presença de mais de um residente de outra área do conhecimento e atuação foi avaliado como positivo nos cenários de prática, dado que pode decorrer da organização da APS no município de Cascavel, que conta com a presença e atuação nos serviços das categorias profissionais contempladas no processo de formação do PRMSF.

Então, como o campo onde eu fiquei tinha as três áreas, as quatro áreas na verdade. Tinha enfermagem, odonto, serviço social e a médica. Então a gente sempre tentava se conversar, passar estudo de caso, fazer visita domiciliar junto porque acho que essa era a intenção, de tentar ver a visão de todo mundo e trazer o melhor cuidado para o paciente (REE3).

Mais do que o “fazer em conjunto”, espera-se da educação multiprofissional e interdisciplinar, a capacidade de aprender junto. Nesse ponto, os PRM têm se mostrado como espaços para esse aprendizado e como oportunidade para a superação da fragmentação do cuidado. O profissional não deixa de fazer aquilo que é atribuição específica da sua área de atuação, mas utiliza dos seus conhecimentos prévios para a construção do coletivo e para o reconhecimento da forma de fazer do outro dentro da sua própria intervenção (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Portanto, no processo formativo da residência, tão importante quanto os preceptores e tutores, são os residentes envolvidos e a disposição destes em compartilhar e adquirir conhecimento de forma coletiva. Nisso se observa a importância da existência de espaços de troca de experiências e vivências (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Baquião *et al.* (2019), ao apresentarem a percepção de residentes em Programas Multiprofissionais, percebem que, apesar dos limites para consolidar uma atuação interdisciplinar, os PRM são espaços potentes de interlocução entre os profissionais de saúde. E exercem, também, papel importante no desenvolvimento do SUS ao auxiliarem a difusão de novos saberes e fazeres no campo da saúde.

Fraquezas

Deficiência na formação teórica

O processo didático-pedagógico do PRMSF está organizado na lógica do ensino em serviço, com momentos teóricos, nos quais os residentes participam de aulas e momentos de práticas, supervisionadas pelo preceptor, em que desenvolvem ações profissionais nas USF.

Assim sendo, os residentes avaliaram a relação entre a dimensão teórica da formação e das atividades práticas desenvolvidas nas USF e apontaram limites, dentre eles: a ausência de disciplinas que pudessem instrumentalizá-los para a pesquisa e produção de trabalhos científicos; a necessidade da oferta de conteúdos que abrangessem, de forma equânime, as três categorias profissionais envolvidas na formação; a falta de conteúdos específicos para cada profissão e, por fim, a falta de organização didática no encaminhamento das atividades teóricas:

Essa relação talvez tenha sido uma das principais dificuldades porque, por exemplo, da parte odontológica em si a gente não teve praticamente nada na teoria. Eu senti falta da parte odontológica mesmo [...] E também senti que faltou, como eu tinha acabado de sair do mestrado, então a gente acabou sentindo falta de um plano de aula, de um roteiro, foram profissionais legais, todos dedicados, mas a gente notou uma falta de prática no sentido da didática, na parte pedagógica [...] (REO3).

As aulas teóricas, eu tenho uma certa crítica, porque assim, era uma residência multiprofissional, só que ali a gente via muita coisa da enfermagem [...] faltou muita coisa da legislação do SUS porque o serviço social ele trabalha mais com esse lado. [...] Deve haver um leque maior já que em se tratando de uma residência multiprofissional, eles devem olhar mais para essa qualidade multi (RESS5).

E aquela parte de metodologias ativas. Eu não posso te dizer que foi ruim, mas era uma coisa muito diferente [...] eu sou da formação tradicional, e achei aquilo ali uma coisa que eu não me encaixei com aquilo (REO1).

Carneiro; Teixeira; Pedrosa (2021), quando comparam as expectativas dos recém ingressos em um PRM, com os egressos desse mesmo programa, encontram uma realidade parecida. Nela, os egressos relatam que as aulas teóricas foram deficitárias, atribuindo os conhecimentos adquiridos principalmente aos momentos de prática.

As aulas teóricas, quando bem elaboradas e trabalhadas, constituem-se espaços ricos para o desenvolvimento de ações coletivas. Nesse contexto, o uso das metodologias ativas pode ser positivo, pois fomenta uma educação participativa, na qual os alunos constroem juntos o conhecimento. Contudo, ressalta-se a relevância

do bom domínio dessa ferramenta pelo professor facilitador, especialmente por se tratar de uma novidade para muitos residentes que vêm de uma formação tradicional, pois, se assim não for, ao invés de facilitar o entendimento, as metodologias ativas podem se mostrar como um obstáculo (ARNEMANN *et al.*, 2018).

Interação multiprofissional fragilizada

O PRMSF é caracterizado como uma das possibilidades da educação em serviço, na qual os residentes devem ser estimulados a pensar e atuar de forma multiprofissional. Contudo, alguns dos egressos demonstraram insatisfação quanto à interação com as demais categorias, inclusive com a área médica. No processo formativo, a interação ocorria, predominantemente, na parte teórica, ou seja, na discussão de casos. Portanto, o foco ainda permanecia na área de atuação de cada categoria profissional, o que, certamente, dificulta a formação uniprofissional. Dessa forma, apesar da interação multiprofissional ter sido percebida de maneira positiva, ainda se destacam algumas limitações em seu desenvolvimento.

[...] às vezes a gente via muita resistência das próprias categorias em si de entender o que é esse trabalho multiprofissional e interdisciplinar e depois, para a formação [...] tentam na residência, fazem os encontros conjuntos, as aulas eram conjuntas, tirando a parte médica, que não tivemos interação nenhuma. Isso é uma falta muito grande porque eu penso que o profissional médico, o que ele tem de diferente além do ótimo salário, é claro, com a realidade do atendimento quando a gente fala de integralidade do sujeito? Então se eu vou atender longitudinalmente o sujeito, se eu vou atender ele na sua integralidade, porque o processo de saúde, ele envolve outras questões que não somente um pontual de uma queixa de dor ou uma enfermidade, faltou essa interação com a parte médica [...] (RESS1).

[...] Já na parte das unidades a gente sentia um pouquinho de diferença. Por exemplo, a odonto muito no seu “puxadinho”, essa dificuldade de se integrar com as outras áreas. A gente tentava de vez em quando alguma coisa, mas notava um pouco de resistência eventualmente, não só na odontologia, mas também nas outras áreas dentro do posto de saúde e foi mais ou menos isso (REO3).

[...] Essa divergência de um querer saber mais que o outro eu acho que ainda é muito forte, muito forte no posto, muito forte nas instituições mesmo. Não só lá da residência, mas a gente vê que muitas vezes o saber profissional ele não vem agregar, ele vem para te mostrar mais, eu sei mais que você, eu entendo mais de tal área. Vejo que falta muito (RESS5).

Outros PRM também têm encontrado dificuldade em desconstruir o modelo biologicista, que ainda tem pautado o cuidado, além de trabalhar plenamente a

multiprofissionalidade. Associado a isso, destaca-se a necessidade de horizontalização das relações de trabalho nas equipes, que tendem a ser centradas na figura do médico (CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021).

Para Bernardo *et al.* (2020), a formação na RMS deve oportunizar aos profissionais de saúde uma visão integral do processo saúde-doença, dos multideterminantes, preparando para uma atuação profissional segura e de qualidade no SUS.

Poucas vivências de Educação Permanente em Saúde nos campos de prática

A EPS é uma estratégia importante para a formação, atualização e fortalecimento da atuação profissional. Ela é construída pela interação entre ensino e serviço, tendo como ponto de partida a realidade e, por meio da problematização dos elementos que determinam o processo saúde-doença, busca encontrar formas assertivas de intervir nos contextos. A EPS se constitui, portanto, como o eixo orientador de diversas iniciativas de formação e qualificação de recursos humanos em saúde, dentre elas os PRMS. Sobre a estratégia de EPS, os egressos apontaram que as experiências foram incipientes e variavam entre os cenários de prática, sendo pontuais e esporádicas

[...] Eu acompanhei algumas coisas pontuais, que estavam acontecendo por exemplo, reclamação com relação à coleta de exames, então ela chamava os profissionais para sentar e conversar. Então, quando reclamavam muito de algum ponto era o momento em que eles se sentavam para fazer Educação Permanente (REE1).

A gente teve algumas atividades que foram realizadas, eu acredito que podemos investir um pouco mais de tempo, ideias, porque é necessário estar sempre ali fazendo a atualização, conversando sobre a prática, sobre a teoria, sobre os novos acontecimentos [...] essa questão da Educação Permanente a gente tem que estar sempre investindo tempo, investindo energia, investindo custeio mesmo. Então assim, eu vivi momentos, iniciativas de Educação Permanente, mas eu acho que ainda poderíamos ter mais (RESS3).

[...] Foi até trazido as dificuldades da coordenação com a equipe que a gente propôs fazer grupo para essa interação maior. É, houve. Eu acho que como foi o início, a primeira residência a gente ficou muito na tentativa de trazer, de propor e que muitas coisas acabaram não se realizando até pela falta de experiência mesmo de como se fazer uma especialização em uma residência multiprofissional [...] (RESS5).

A EPS pode ser vista como uma forma de aprimorar a estruturação dos serviços de saúde, enquanto ferramenta de formação profissional, uma vez que parte das necessidades do coletivo e é destinada a elas. É um dos maiores desafios desse processo é justamente o desenvolvimento da capacidade de fazer essa leitura de forma conjunta. Diante disso, essa dificuldade na implantação da EPS também tem sido encontrada em outras realidades (BAQUIÃO *et al.*, 2019; LAGO, 2019).

Contudo, apesar da escassa presença da EPS no cotidiano das USF, enfatiza-se a necessidade do seu desenvolvimento, uma vez que, nesse espaço, há possibilidade de gerar qualificação profissional e de diminuir as lacunas entre a formação e o trabalho no SUS (CARVALHO; LAGO, 2020).

Silva *et al.* (2016) indicam que as RMS são espaços importantes para o desenvolvimento de ações de EPS, pois permitem a integração e interação das atividades de formação ao cotidiano da atuação de cada profissional, superando por meio do diálogo uma conduta pontual.

Falta de formação para atuação de preceptores, tutores e coordenadores

A formação promovida por PRMS é uma prática educativa intencional, formal e institucional, pois possui objetivos educacionais explícitos em seus PPP, os quais revelam os elementos didático-pedagógicos que desenvolverão no processo ensino-aprendizagem. Assim sendo, de forma geral, as residências se organizam em atividades teóricas e práticas, sendo orientadas por preceptores, coordenadores e tutores.

Nos cenários de prática, a figura do preceptor atua como um mediador no processo de ensino-aprendizagem, devendo apresentar ao residente as particularidades do serviço e facilitar o desenvolvimento das habilidades demandadas dentro desse contexto. Apontou-se como ponto crítico a necessidade de capacitação e, conseqüentemente, melhor atuação dos preceptores no sentido de serem mais propositivos, diretivos e engajados no processo de formação profissional:

[...] Mas, a princípio, a gente que ensinou o que o nosso preceptor deveria fazer com a gente. Então, eu acho que falta essa formação para que eles entendam o que eles precisam fazer com a gente, quais os caminhos que devem levar, qual a interação com a teoria na prática da atividade profissional (RESS1).

[...] Eu acredito que, na minha época, eu acho que deveria ter uma melhor formação dos preceptores. Porque tem preceptores que não sabiam direito qual é o real papel deles [...]. Tinha lugares que a gente só ficava ali esperando chegar paciente para atender. A formação dos preceptores é uma coisa que tem que estar sempre em evolução [...] (REO1).

[...] Outro ponto era que alguns preceptores não tinham sido preparados para receber residentes, infelizmente. Passei por uma situação bem chata em uma unidade onde eu considero que o preceptor não tinha habilidade de receber residente, não tinha preparo. Então nesse ponto acredito que eles não pensaram muito [...] (REO2)

[...] qualificar melhor os preceptores porque a gente via que tinha alguns que tinham realmente interesse, buscavam, outros que não, estavam totalmente acomodados, a gente vê que ali era uma certa indicação (RESS2).

Esse impasse com os preceptores não é novidade na literatura. Pode estar associado a sua sobrecarga de trabalho, uma vez que a maioria precisa conciliar o trabalho na assistência e/ou gerência à função de preceptor. Outro ponto relevante é a dificuldade em se trabalhar com o material humano, dado que a conduta profissional é individual, e, dessa forma, tornam-se difíceis os processos de padronização da intervenção do preceptor (BRANCHI, 2020). Há ainda uma lacuna no sentido de definir precisamente a função do preceptor em sua relação com o residente (CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021).

Associa-se a essas dificuldades a complexidade em se conduzir os residentes dentro do espaço do fazer multiprofissional, uma vez que a própria graduação dos residentes, muitas vezes, trabalha os conhecimentos de maneira individualizada, focando apenas na sua área de atuação. Dessa forma, o trabalho dos preceptores se mostra um desafio diante das particularidades dos indivíduos aos quais eles orientam e diante da fragmentação do cuidado que ainda persiste no fazer diário dos serviços de saúde (MONTENEGRO; BEZERRA, 2021).

Cunha (2011, p. 78) afirma que o preceptor deve ter direção e clareza sobre que tipo de profissional ele é responsável por formar. Assim sendo, o preceptor deve: “[...] estar ‘formado’ para formar (conhecimentos, atitudes e práticas), e a instituição (gestão) deve ter uma política definida para formar, avaliar e monitorar o preceptor (para formar outros)”.

Ao preceptor cabe, por meio de orientações formais e intencionais ensinar o raciocínio clínico, instrumentos teóricos e práticos da profissão, integrando conceitos e valores do ensino e do trabalho. Para isso deve ter domínio do objeto de trabalho da profissão, bem como competência pedagógica (BOTTI; REGO, 2008).

Além do preceptor, outras duas figuras mostram-se de suma importância no processo formativo da residência: o tutor e o coordenador. Segundo a Seção VIII do Regimento Interno do PRMSF, objeto de estudo, o tutor seria o profissional de saúde com experiência e, responsável pelo desenvolvimento pedagógico do PRMSF, tendo a “[...] função de mediar e garantir a integração e coesão do processo ensino-aprendizagem nas diversas Unidades de Saúde que integram o Programa e com as diferentes áreas profissionais constituintes do Programa (CASCAVEL, 2018, p.14).

À coordenação do programa compete, dentre outras funções, fazer a intersecção entre os residentes, preceptores, tutores e demais membros da rede intersetorial. Também deve coordenar todo o processo formativo, desde os momentos avaliativos para admissão de residentes e preceptores, até as documentações necessárias junto às instâncias institucionais locais e junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Nesse sentido, os egressos pontuaram sobre a necessidade de revisão constante dos papéis de tutor e coordenador:

[...] Por parte da coordenação, a gente não tinha muito ouvido também. A gente deixava certas ansias, certas queixas, certas coisas assim e parecia que a gente não tinha muito ouvido perante a coordenação. Eu acho que a coordenação também deveria às vezes dar um pouco mais de atenção também para os residentes (REO1).

[...] Acho que o tutor no geral não era muito aberto a críticas e sugestões (REO2).

[...] Eu acho também que a atuação dos tutores poderia ser mais presente, visitar os campos, entender o que a gente está fazendo lá, ir lá de vez em quando ver, acho que isso também poderia melhorar (REE2).

Para Botti e Rego (2008, p. 371) o tutor tem o papel de “[...] guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno e atuar na revisão da prática profissional”. Para que cumpra sua tarefa didático-pedagógica é necessário que possua capacidade clínica, compreensão da prática profissional e condição de ensinar.

Oportunidades

Preparação para atuar no Sistema Único de Saúde

Uma das finalidades de processos formativos em saúde, como a residência multiprofissional, é qualificar recursos humanos para atuar no SUS, compreendendo sua organização, gestão da assistência e modelo assistencial. Os participantes do estudo foram unânimes em dizer que se sentiam preparados para atuar no SUS, com base nas diretrizes e pressupostos da APS e da ESF. O PRMSF oportunizou o contato direto, intencional e sistematizado com a APS, com fundamentação teórica e aprendizagem das políticas orientadoras da assistência à saúde.

Eu acredito que eu me sinto preparado sim. Porque são dois anos que a gente fica lá dentro das unidades, 40h semanais, mais as aulas a noite. E se for ver a gente que fez a residência é uma exceção, porque a grande maioria que entra cai de paraquedas. Muitas vezes a pessoa é recém-formada, a pessoa é especialista em outra área, trabalhou anos em consultório particular e depois resolveu ingressar na carreira pública (REO1).

Antes eu tinha muito receio de atender os pacientes e tudo mais, não tinha confiança se eu estava fazendo a coisa certa. Mas depois de ter passado pela residência, eu acho que realmente agora eu me sinto bem mais confiante de conseguir atuar, de saber realmente o que eu estou fazendo, tudo mais, e de entender como funcionam todos os fluxos (REO5).

Fica clara a contribuição do PRMS na formação dos egressos, especialmente para a atuação na APS, o que também tem se observado em outros estudos similares (FLOR, 2021; LIMA *et al.*, 2021). Segundo Neto-Miranda (2015), através da interdisciplinaridade, que é um dos pilares dos PRMS, os egressos podem perceber avanços significativos em sua prática diária de assistência, uma vez que começam a desenvolver a habilidade de olhar além do fator biológico e perceber o indivíduo dentro da complexidade de eventos que compõem o processo saúde-doença.

Contribuições da formação do Programa de Residência na inserção e atuação no mundo do Trabalho

Após a formação no programa, os egressos voltaram ao mundo do trabalho como especialistas em Saúde da Família. Nove (52,9%) relataram que o programa contribuiu na sua inserção e deu a eles segurança e domínio profissional acima dos que não tiveram a mesma formação. Também foi determinante para a decisão de trabalhar no SUS/Saúde Coletiva, foi decisiva no incentivo para participação de concursos públicos, além de entenderem, de forma mais precisa, os fluxos e as políticas que orientam a APS.

Eu acredito que o fato de eu ter especialização foi um dos motivos em eu ter conquistado essa vaga de trabalho que eu estou hoje. Eu acho que foi um dos meus diferenciais no momento da minha entrevista e tudo mais. Porque quando você mostra conhecimento, e até mesmo conhecimento prático, na realidade da população e tudo mais, então o teu empregador se sente um pouco mais confiante em te contratar (RESS3).

[...] durante a graduação a gente aprende de uma maneira diferente, digamos, voltada mais para as especialidades mesmo, é que eles fracionam as especialidades. Agora na residência eu acredito que eu aprendi mais a olhar o paciente não fracionando nas especialidades que ele precisa, mas sim olhar a saúde num geral (REO5).

Dentro da residência que eu me achei, até então eu nunca tinha pensado em concurso público, por exemplo. Eu nunca tinha pensado em trabalhar no SUS, por mais que eu gostasse de saúde coletiva. Mas eu me achei tanto, gostei tanto, tive companhias boas que comecei a me dedicar para isso, comecei estudar bastante (REO3).

Dos 17 egressos entrevistados, oito (47,1%) relataram estar atuando com vínculo no SUS, porém, independente disso, afirmaram que os conteúdos assimilados durante a residência garantiam suporte na prática assistencial diária, fundamentalmente os pressupostos que orientam a organização do processo de trabalho no sistema de saúde, o trabalho em equipe, além do acolhimento, humanização e escuta qualificada.

[...] O tempo todo, o tempo todo. De como uma simples escuta, você observar, você deixar o paciente falar, você entender ele na sua subjetividade, não julgar (RESS6).

Eu vejo que eu consegui aprender bastante as organizações dentro de uma unidade. Um exemplo: eu cheguei em uma unidade que estava tudo bem misturado, revirado, bem complicado de trabalhar e eu consegui colocar os critérios da urgência, consegui colocar as questões das prioridades, seguir os princípios do SUS dentro da agenda para conseguir atender todo mundo (REO2).

Então eu criei esse acolhimento para que pudesse passar para eles as informações necessárias por escrito. O que é promover o acesso? Promover o acesso é isso no nosso cotidiano, porque eu não vou poder de cara mudar o sistema, que a gente sabe que o sistema é burocrático mesmo. Mas, a partir do momento que você promove um melhor atendimento, que você promove que esse paciente seja atendido e não simplesmente dito não pelo não, isso é promover acesso. Isso é estar criando a equidade, isso é também estar promovendo a universalidade da saúde (RESS5).

O PRM, além de superar a formação incipiente fornecida pela graduação, ainda serve como balizador para direcionar a área onde os egressos vão atuar. Por isso, é vista por muitos como um “divisor de águas” (KVELLER; CASTOLDI; KINJNER, 2017).

Além disso, alguns egressos consideram-se muito satisfeitos com a formação ofertada pelo programa e a veem como crucial para a inserção no mundo do trabalho (OLIVEIRA, 2017).

A contribuição dos PRM tem sido observada em outros contextos e, em linhas gerais, a formação neste ambiente tem demonstrado qualificar os egressos, mesmo quando estes não se encontram atuando diretamente na área de formação específica da residência. Esse fato pode indicar o potencial dessa modalidade de formação, no que diz respeito à qualificação dos profissionais de saúde (BRANCHI, 2020).

A Pandemia da Covid-19

No período de pandemia criou-se o *Call Center* para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, o qual contribuiu com a interação entre os residentes da Residência Multiprofissional e da Residência Médica. Segundo a Portaria Interministerial nº 2.117 de 2005 (BRASIL, 2005b), que institui a Residência Multiprofissional, podem estar inseridos nesta modalidade todos os profissionais da área de Saúde, exceto médicos. Contudo, na visão dos egressos, a interação com a categoria médica foi também citada como ponto importante, principalmente com os residentes do Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade.

Eu acho que a pandemia também fez com que a gente tivesse uma interação maior com eles, porque como a gente passou todo o período lá do *Call Center* [...] A gente conheceu muito o pessoal das outras áreas, até da medicina, então a gente ficou amigo mesmo deles e quando a gente voltou na unidade, apesar da gente não poder ter esse contato tão próximo [...] o contato que a gente tinha era porque a gente já conhecia ali no *Call Center*, então a gente tinha uma liberdade de conversar, mas acho que foi mais por isso (REO4).

[...] O *Call Center* possibilitou até que a gente tivesse interação com os médicos. Eu percebi que depois do *Call Center* eu tive bastante contato com o pessoal que era da minha turma, fazendo uma comparação com o pessoal que era da turma depois de mim eles não tinham tanto essa interação porque eles não passaram por essa experiência do *Call Center* logo no início [...] (REO6).

Isso ressalta, mais uma vez, a importância da definição do perfil profissional que se busca formar, bem como da promoção de espaços para a interação multiprofissional (NASCIMENTO *et al.*, 2020), pois, mesmo frente a um contexto de inúmeras limitações, impostas pelo cenário epidemiológico da pandemia de Covid-19,

houve o desenvolvimento de relações entre categorias que, dificilmente, se relacionariam fora desse ambiente.

Ameaças

Dificuldades de ingresso profissional no Sistema Único de Saúde

Atualmente, para a maioria dos municípios que demandam profissionais para atuar na APS, estar formado para a função não tem facilitado o acesso a um vínculo empregatício. As principais formas de ingresso, nesses serviços de saúde, têm sido através de concursos públicos ou processos seletivos, os quais estão cada vez menos frequentes na realidade local. Os egressos evidenciaram essa questão ao afirmarem que encontram dificuldades para o ingresso nos serviços de saúde vinculados ao SUS e que aguardam a abertura ou o chamamento em concursos públicos.

[...] eu fiz um concurso, logo em seguida, ao final da formação e eu posso dizer para você que na minha atuação profissional eu conseguiria encaminhar qualquer cidadão a qualquer nível de atenção e com as informações corretas e faria um ótimo trabalho, [...] mas eu não fui aprovada. Nas áreas específicas do meu conhecimento acertei praticamente todas as questões, mas não se vê uma valorização ou uma ligação com a residência. Então eu fui um profissional perdido [...] (RESS1).

[...] a residência não facilita o ingresso da gente no serviço público. Porque, por exemplo, aqui em [nome da cidade] teve prova de títulos, mas a residência valia a mesma coisa que qualquer outra pós. Então eu acho que a residência deveria oportunizar mais quem faz residência (REO1).

Eu tenho interesse sim. Estou esperando me chamarem no concurso, inclusive estou em segundo lugar, espero que me chamem logo. Mas eu trabalharia sim, é uma área que eu gostei muito [...] (REE1).

Eu escolheria o SUS. Estou aguardando uma vaga, abrir um concurso (REE3).

No caso eu estou esperando ser chamado em um concurso. Não hesitaria de jeito nenhum (REO6).

Se eu pudesse eu estaria atuando dentro do SUS, já assim que saí da residência (RESS3).

Como descrito anteriormente, mais da metade dos egressos não está atuando na área de formação da residência. Essa dificuldade de ingresso no mundo do trabalho não é exclusiva da APS, ela tem se mostrado realidade em outros programas, inclusive com formação voltada à área hospitalar (BRANCHI, 2020). Um dos pontos

que pode justificar esse fenômeno é a flexibilização dos vínculos empregatícios e a falta de estabilidade profissional, situação frequente com o avanço do neoliberalismo, especialmente após a Reforma Trabalhista de 2017. Dessa forma, muitos profissionais acabam tendo vínculos parciais com o SUS e, em decorrência disso, há uma maior rotatividade destes dentro do sistema (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017; LEVI *et al.*, 2022).

Desvalorização da especialização em Saúde da Família

Além da dificuldade de ingressar no mundo do trabalho, destacou-se como uma ameaça, o nível de reconhecimento desses profissionais enquanto especialistas em Saúde da Família, nos seus contextos de atuação. Assim sendo, 15 (88,2%) participantes do estudo, avaliaram que a residência não é devidamente reconhecida e valorizada pelas secretarias de saúde ou pelos gestores da saúde. No momento do concurso, processo seletivo ou contratação, os residentes formados pelo PRMSF não recebem pontuação diferenciada pela formação, ou ainda os editais nem abrem vagas específicas para os especialistas em Saúde da Família.

[...] mesmo na parte do SUS ainda existem vários concursos e processos seletivos que os candidatos não pontuam por essa especialidade, ou mesmo ele vai atuar em uma Unidade de Saúde da Família e não é referido que ele tem essa especialização. E outro fator é que existe a especialização EAD [Educação a Distância] que muitos profissionais vão preferir fazer uma especialização em 6 meses do que uma residência de dois anos (REO6).

E isso é muito ruim porque eles desqualificam o meu trabalho enquanto enfermeira por eu não ser especialista em uma área hospitalar e sim especialista em Atenção Primária, como se o enfermeiro da Atenção Primária não soubesse trabalhar em um hospital, só soubesse trabalhar dentro da Atenção Primária. Então eu acho que a residência é ótima, mas infelizmente a gente ainda necessita de concursos para atuar dentro da área e os concursos estão cada vez mais escassos (REE1).

Uma das questões que pode explicar a não atuação dos egressos, dentro do SUS, é a concreta desvalorização do Programa de Residência no mundo do trabalho, quando comparada com as demais modalidades de formação. Segundo Branchi (2020), uma quantidade, estatisticamente significativa dos egressos, apesar de atuar em sua área de formação, está insatisfeita com o vínculo atual. E Flor (2021) relata que, mais da metade dos entrevistados percebem que sua formação na residência não é valorizada dentro dos processos de seleção para o trabalho no SUS. Isso aponta

para a necessidade da construção de políticas que respaldem os Programas de Residência e que valorizem os egressos nos concursos públicos.

A Pandemia da Covid-19

A Pandemia da Covid-19 foi considerada, por parte dos participantes vinculados ao programa dos anos de 2020 e 2021, como um elemento que limitou a formação, principalmente na condução das aulas teóricas que, em decorrência das medidas sanitárias, foram suspensas por um determinado tempo. A pandemia impediu, também, o desenvolvimento das atividades no campo de atuação profissional, tais como a realização de grupos, incluindo as atividades de EPS:

[...] Agora nas unidades de saúde, também por causa da pandemia teve muita coisa que não teve, por exemplo o PSE [Programa Saúde na Escola], as visitas ou palestras que dava para fazer, reuniões de equipe, essas coisas, acabou que a gente não teve (REO5).

E a gente teve uma falha por causa da pandemia, ficou um tempo também sem aula, eles fizeram a reposição, mas não deu tanta carga horária que devia ter dado então acho que também a gente se prejudicou um pouco por causa disso (REO7).

Era difícil pela demanda de serviço porque os profissionais, por exemplo, tiveram épocas de fazer 300 vacinas em um período de manhã, então quando que você vai tirar esse profissional de uma sala de vacina para fazer uma Educação Permanente com ele dentro do serviço? Não tinha (REE1).

Apesar de não haver uma questão diretamente relacionada à pandemia dentro do instrumento de coleta de dados, esse assunto foi citado com frequência pelos egressos que vivenciaram esse momento, em razão das profundas alterações geradas na organização dos serviços. Os impactos da pandemia foram sentidos em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde e incluíram: a suspensão de atividades de rotina, como grupos e reuniões de equipe, sobrecarga de trabalho e redução da satisfação, confiança, entusiasmo, energia e compromisso pessoal dos membros da equipe (THEODOSIO *et al.*, 2021).

Carga horária excessiva

No cenário nacional, discussões a respeito da carga horária extensa dos Programas de Residência são destaque, sendo também um dos temas levantados

pelos egressos entrevistados, os quais expuseram a necessidade da avaliação da carga horária total do programa e, especificamente, das horas de cursos EAD:

[...] E uma coisa que eu acho que incomoda muito na residência é aquele monte de horas que a gente tem que fazer de EAD, a gente tem uma carga horária que a gente acaba fazendo à distância e o residente não faz, ele faz só para contar as horas e gerar o certificado. Eu acho que isso não é vantajoso, isso não causa aprendizagem, porque ele só precisa da carga horária, ele não vai se dedicar ao curso (REE1).

[...] Outro ponto que eu destacaria também talvez, que poderia vir a melhorar, seria a redução de carga horária, principalmente de carga horária de campo. Porque quando a gente trabalha oito horas por dia, e aí a gente vai colocar nove porque a maioria fica para almoçar lá na Unidade de Saúde, é muito tempo, a gente gasta, investe muita energia. Então quando você tem que ir para a aula, prestar a atenção, colocar a cabeça para funcionar, o trabalhador aqui já está exaurido (RESS3).

Apesar de suas particularidades, o residente também é um trabalhador da saúde e, nesse sentido, o processo formativo, muitas vezes é visto mais como uma forma de exploração do trabalho do que uma proposta de formação para o trabalho em saúde (CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021). Soma-se a isso a sobrecarga gerada pelo acúmulo de responsabilidades e expectativas que, não raro, tem acarretado desgaste e sofrimento significativo aos residentes (SILVA; MOREIRA, 2019).

Nesse sentido, torna-se imprescindível reavaliar a distribuição da carga horária dos Programas de Residência, não necessariamente propondo a sua diminuição, mas a sua melhor utilização, a fim de permitir que o residente reflita sobre o seu processo de ensino-aprendizagem, de maneira crítica e contextualizada, e não apenas reproduza técnicas previamente aprendidas (NETO-MIRANDA, 2015).

Considerações finais

Diante do exposto, percebe-se que, assim como em todo processo formativo, observou-se a presença tanto de potencialidades quanto de fragilidades, sejam elas relacionadas ao ambiente interno do PRMSF ou ao ambiente externo.

A utilização da matriz SWOT (FOFA) permitiu a identificação de variáveis internas, elencadas como forças e fraquezas. Os elementos identificados revelam que a fortaleza do PRMSF se expressa nas características da proposta formativa, no perfil profissional que se busca formar e nos seus diferentes espaços como cenários

potencializadores da integração ensino-serviço. Isso permite aos egressos reconhecerem as diferentes realidades socioepidemiológicas e também a atuação multiprofissional entre as três categorias que compõem o quadro da residência.

As fraquezas revelaram que, na internalidade da organização e implementação do Programa, há elementos que podem ser readequados. Os egressos indicaram que, em alguns momentos, existe descompasso entre os conteúdos e encaminhamentos metodológicos desenvolvidos e a realidade da USF. Além disso, há limites na efetiva interação multiprofissional e no desenvolvimento da EPS. Esse fato fragiliza a proposta do programa, bem como, a falta de distinção clara entre os papéis do coordenador, tutores e preceptores.

Os fatores externos expressos pelas oportunidades e ameaças expõem dados importantes para dimensionar a qualidade e repercussão da formação ofertada pela Residência. Dentre as oportunidades, destacou-se a preparação dos egressos para atuar no SUS, que facilita, tanto a inserção no mundo do trabalho quanto a qualificação da assistência. Em contrapartida, as ameaças estão relacionadas à dificuldade de ingresso no mundo do trabalho, devido ao número reduzido de concursos e testes seletivos na área de atuação, bem como, pela falta de valorização da especialização em Saúde da Família, por parte das gestões dos municípios que demandam esses profissionais. Uma ameaça elencada, que não é uma característica particular do PRMS em estudo, refere-se à extensa carga horária da formação, evidência que tem sido anunciada historicamente pelos residentes de vários programas.

O contexto da pandemia da Covid-19, no qual os participantes do estudo vivenciaram a formação, foi considerado um desafio epidemiológico significativo para os egressos, em razão da mudança que trouxe à organização dos serviços de saúde. Por outro lado, também oportunizou contato mais próximo, possibilitando o diálogo pouco presente na rotina. Isso mostra que, dentro de um processo formativo, uma situação pode ser, ao mesmo tempo, positiva e negativa.

Assim, diante dos resultados obtidos por esta pesquisa, buscou-se contribuir com o que já tem sido produzido sobre os PRMS. Sugere-se que mais pesquisas sobre a temática sejam realizadas para auxiliar no delineamento das políticas que envolvem a formação de recursos humanos em saúde.

Referências

ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2017.v21n62/601-613/pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

ARNEMANN, C. T. *et al.* Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, Suppl 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BAQUIÃO, A. P. S. S. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 187-196, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919/3391>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BERNARDO, M. S. *et al.* A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DgtKYSzzJxLvkwg5PWdcS6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 3, p 363 – 373, 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKFv9VMkyBdtqGfLYMv/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BRANCHI, A. Z. **O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional de um complexo de serviços de saúde público**. 2020. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/229402>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Brasília, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 05 mar. 2023.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005b.

Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15431-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192. Acesso em: 05 mar. 2023.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

Disponível em:

https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012b. Seção 1, p. 59. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL, C. C.; OLIVEIRA, P. R. S.; VASCONCELOS, A. P. S. M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **Sanare**, Sobral – CE, v. 16, n. 01, p. 60-66, jan./jul. 2017. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. S. A residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Phisis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 1-19, 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CARVALHO, M. A. P.; LAGO, R. F. Os 15 anos de ousadia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: histórico, marco legal, experiência e desafios. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

CASCAVEL. Lei nº 6.988, de 10 de maio de 2019. Institui os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em área de saúde e dá outras providências. **Órgão Oficial Eletrônico do Município de Cascavel**, Cascavel, PR, 2019. Disponível em: www.LeisMunicipais.com.br. Acesso em: 11 jul. 2021.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família COREMU/SESAU**. Cascavel – PR, 2018.

CUNHA, A. J. L. A. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. *In*: RIBEIRO, V. M. B. (Org). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011. p. 77-82. Disponível em: https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2018/02/formacao_pedagogica_de_preceptores_do_ensino_em_saude.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

FERNANDES, D. R. Uma Visão Sobre a Análise da Matriz SWOT como Ferramenta para Elaboração da Estratégia. **UNOPAR Científica Ciências Jurídicas e Empresariais**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 57-68, set. 2012. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/juridicas/article/view/720>. Acesso em: 13 dez. 2022.

FLOR, T. B. M. *et al.* Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 281-290, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ySNmCLg9L9NWRHm7g6tpkxx/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

FLOR, T. B. M. **Formação e inserção profissional de residentes multiprofissionais egressos de Programas voltados à Atenção Básica**. 2021. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32942>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GERMANO, M. F. M. **Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó Potiguar: perfil e percepção de egressos**. 2019. Dissertação (mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28332>. Acesso em: 13 dez. 2022.

KVELLER, D. B.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 14-19, jan./dez. 2017. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/129>. Acesso em: 28 jan. 2023.

LAGO, L. P. M. **Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio-clínica**. 2019. Tese (doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-195614/pt-br.php>. Acesso em: 18 fev. 2023.

LEVI, M. L. *et al.* Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/C5pyp9DnPZsLKk4vLgkQxGm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

LIMA, M. G. S. *et al.* Perfil e trajetória profissional dos fonoaudiólogos egressos de um programa de residência multiprofissional. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 26, n. e2535, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/JG765zrmP5Mz9Jz7KWn9RJM/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. A importância do estudo com egressos na avaliação de programas. In: LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. **Estudos com estudantes egressos: concepções e possibilidades metodológicas na avaliação de programas**. 1 ed. Salvador: EDUFBA, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6214/1/Estudo%20com%20egressos.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

MATOS; I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>. Acesso em: 15 de abril de 2023.

MONTENEGRO, L.; BEZERRA, T. Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

NASCIMENTO, B. F. *et al.* A formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: reflexões a partir de uma experiência em coletivo. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

NETO-MIRANDA, M. V. **Limites e Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde para a Educação Interprofissional**. 2015. Dissertação (metrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13052015-125610/pt-br.php>. Acesso em: 18 fev. 2023.

OLIVEIRA, J. B. *et al.* Influência da Residência Multiprofissional na vida profissional de egressos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 6, n. 1, p.122-139, jul. 2017.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/320177115_Influencia_da_residencia_multi_profissional_na_vida_profissional_de_egressos. Acesso em: 13 dez. 2022.

RODRIGUES, R. M.; MORAES, A. C. SILVA, G. F. Educação Permanente e Sistema Único de Saúde. **Revista Varia Scientia –Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 7, n. 1. p. 7-8, 2021. Disponível em: [https://e-](https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/27907/17661)

[revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/27907/17661](https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/27907/17661). Acesso em: 23 dez. 2022.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

SILVA, C. T. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 157-166, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/xdRBHKycxFSV3jtFMDZYhxS/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

THEODOSIO, B. A. L. *et al.* Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 33998-34016, abr. 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27554>. Acesso em: 13 dez. 2022.

VASCONCELOS *et al.* Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por Indicadores. **Trabalho, Educação, Saúde**, v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/y7VYGQF6R4KXvTBgnNNRW4b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Aplicação da Matriz Swot: tecnologia para a gestão do trabalho na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, p. 1- 13, 2022. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4244>. Acesso em: 13 dez. 2022.

5.2. Artigo 2: MOTIVAÇÕES E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DE EGRESSOS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: O objetivo deste artigo é apresentar as razões que motivaram egressos a buscar a formação ofertada em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) e, de que modo a residência influenciou a trajetória profissional desses egressos. É uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com 17 egressos do PRMSF do município de Cascavel-PR. Essa pesquisa conta com as três turmas formadas de 2018 a 2022, compostas por enfermeiros, dentistas e assistentes sociais. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista orientada por questionário semiestruturado, em plataformas *on-line*. Foi transcrita e submetida à Análise de Conteúdo de Bardin. Dentre as motivações, destacam-se: a necessidade de aprimorar e aprofundar os conhecimentos em saúde coletiva; de superar a formação incipiente da graduação, quanto ao preparo para atuar na APS; de vivenciar, na prática, conceitos aprendidos na graduação e, de assegurar um vínculo empregatício remunerado. Quanto à inserção no mundo do trabalho, a principal dificuldade é o ingresso nos serviços públicos devido à falta de concursos e de testes seletivos e, também, a percepção da desvalorização da especialidade no ambiente de trabalho. Assim, mostra-se necessário ampliar as discussões sobre a formação de recursos humanos em saúde, com vista não apenas na qualificação dos trabalhadores, mas também na sua valorização.

Palavras-chaves: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Equipe Multiprofissional; Atenção Primária em Saúde.

Introdução

A organização da assistência à saúde no Brasil, ancorada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), está vinculada à problematização da formação de profissionais. Ainda é um desafio construir práticas assistenciais contextualizadas e resolutivas. A atuação dos profissionais de saúde é um elemento potencializador para promover qualidade do cuidado à população, porém, não o exclusivo (MACHADO, 2006).

Nesse sentido, a formação promovida em Residências em Saúde torna-se uma modalidade diferenciada ao possibilitar a integração das dimensões teóricas e práticas dos conhecimentos, bem como a integração ensino-serviço (LIMA, 2015). No Brasil, na década de 1940, verificam-se as primeiras experiências dessa modalidade de formação, sendo sediadas pela Universidade de São Paulo em 1945 e, pelo Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1947 (SANTOS-FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

A residência médica voltada à saúde da comunidade foi instituída apenas em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Sua proposta era qualificar profissionais com perfis integrados e com habilidades para atuar, com resolutividade, no enfrentamento dos problemas mais frequentes da população. Mais tarde, essa modalidade de ensino seria considerada o “padrão-ouro” das especializações médicas (BRASIL, 2006).

Aos poucos, outras profissões da saúde foram aderindo às residências, contudo, limitavam-se ao campo uniprofissional. Após a criação do Programa Saúde da Família, em 1993, evidenciou-se a necessidade da criação de Residências Multiprofissionais. Estas contariam com espaços de aprendizado comum, com incentivo à formação e, com vistas à promoção de saúde, considerando o indivíduo em sua integralidade (BRASIL, 2006).

Diante dessa necessidade, criaram-se em 2002, 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) custeados pelo Ministério da Saúde. Em 2005, através da Lei nº 11.129, foi instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, e a Portaria Interministerial nº 2.117, do mesmo ano, criou a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2006).

Segundo Lima (2020, p. 15), as residências multiprofissionais “[...] estão orientadas por uma visão diferenciada da atenção e do cuidado, nas quais não apenas as diferentes competências profissionais são reconhecidas, mas devem efetivamente estar integradas”.

Uma dessas iniciativas se encontra sediada no município de Cascavel-PR, representada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), organizado e ofertado pela Escola de Saúde Pública. Utiliza como referência a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tem na Atenção Primária à Saúde (APS) o seu campo de atuação. Atualmente, oferece vagas para as áreas de enfermagem, odontologia e serviço social (CASCAVEL, 2020).

Segundo Lordelo e Dazzani (2012), é na prática que as políticas públicas têm o potencial de revelar sua efetividade. A partir disso, pode-se deduzir os objetivos alcançados, ou, a necessidade de mudanças no cerne de determinada política. Uma das formas de realizar a avaliação de programas é através da pesquisa com egressos.

Dante do exposto, o presente estudo objetiva apresentar a motivação dos egressos do PRMSF. Esse estudo, desenvolvido pela secretaria de saúde do município de Cascavel-PR, busca detectar essa formação e sua influência, na inserção dos egressos, no mundo do trabalho, após formados. Dessa forma, contribui com as discussões sobre a efetividade das políticas públicas relacionadas à formação de recursos humanos.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado junto a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em um município do Oeste do Paraná. Participaram do estudo enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais egressos do Programa. Foram incluídos todos os que concluíram o processo formativo, nas turmas de 2020, 2021 e 2022, com exceção daqueles que se negaram a participar do estudo.

Utilizou-se entrevista para a coleta de dados, tendo por guia um questionário semiestruturado, constituído pelos seguintes domínios: **a) caracterização dos participantes:** idade, sexo, formação na graduação, ano de conclusão, ano de conclusão da residência; **b) formação no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família:** vivências formativas na Atenção Básica, no SUS; avaliação de elementos curriculares: disciplinas teóricas e práticas; mediação pedagógica de preceptores e tutores; trabalhos interprofissional/multiprofissional; vivência de Educação Permanente em Saúde; **c) atuação profissional:** vínculo profissional atual; articulação da formação na residência e atuação profissional atual; inserção no mundo do trabalho após a residência; contribuição da Residência para inserção dos diferentes campos profissionais. Para a presente pesquisa foram utilizados os dados dos domínios “A” e “C”.

O instrumento passou por avaliação de uma equipe de especialistas que atuam no PRMSF, sendo alterado e considerado adequado após incorporação das considerações dos avaliadores. A coleta foi realizada por meio de entrevistas

desenvolvidas em plataformas *on-line* Google Meet e Microsoft Teams, as quais foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer número 5.264.054. Para referenciar as falas/ideias e conceitos utilizou-se um código para cada categoria de participante, sendo: REE (Residente Egresso de Enfermagem); REO (Residente Egresso de Odontologia) e RESS (Residente Egresso em Serviço Social), seguidos de um número arábico sequencial que expressa a quantidade de participantes por categoria.

Resultados e discussão:

Caracterização dos participantes

Anuíram à pesquisa, 17 (70,8%) dos 24 egressos do PRMSF, os quais foram residentes entre os anos de 2018 e 2021, das três turmas formadas pelo programa. Nas turmas de 2018-2020 e 2019-2021, o número de ingressantes foi de nove residentes, sendo três vagas, respectivamente, para o curso de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social. Em 2020, ampliou-se o número de vagas, sendo cinco para cada área, portanto atualmente a oferta é de 15 vagas.

Da turma 2018-2020, dos 9 ingressantes, apenas 8 concluíram o processo e, destes, 3 concordaram em participar da pesquisa, sendo 2 odontólogos e 1 assistente social. A turma de 2019-2021 teve apenas 4 concluintes, dos quais 3 participaram da pesquisa, sendo 1 representante de cada área profissional. Na turma de 2020-2022, ampliou-se o número de vagas para 5 por categoria profissional. Dessa forma, ingressaram 15 profissionais, dos quais 12 concluíram o processo. Anuíram à pesquisa 11 egressos, sendo 3 enfermeiros, 4 odontólogos e 4 assistentes sociais.

A maioria dos participantes eram jovens, com idades entre 24 e 29 anos (76,4%), mulheres (70,6%), profissionais da Odontologia (41,2%), graduados em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas (76,5%) e ingressos no Programa de Residência a menos de um ano após a conclusão da graduação (58,8%).

Considerando que a maior parte da amostra foi representada por mulheres (70,6%), observa-se que o fenômeno de “feminização”, cada vez mais frequente no mundo do trabalho em saúde, também esteve presente neste estudo. A profissionalização das mulheres se iniciou no final do século XIX e estava vinculada

às funções que envolvem cuidar, educar e servir, tidas como vocação feminina. A partir da década de 1990, constatou-se o crescimento do número de mulheres em cargos e funções que, em outros momentos, eram ocupados apenas por homens, como é o caso da medicina e odontologia (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). A mesma evidência tem sido observada em pesquisas semelhantes com egressos (GERMANO, 2019; FLOR, 2021; LIMA *et al.*, 2021).

A idade dos participantes também chama a atenção. A maioria são adultos jovens, com menos de um ano de formação, o que condiz com o perfil esperado para um Programa de Residência, uma vez que um dos principais objetivos é qualificar jovens para atuar na área de saúde (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONSELOS, 2017; GERMANO, 2019; LIMA *et al.*, 2021). Com relação à participação dos egressos verificou-se que, quanto mais distante o tempo de formação, menor a adesão à pesquisa. Segundo Branchi (2020), isso pode ser atribuído à dificuldade em contatar com esses egressos, devido a mudanças em seus endereços de e-mail e/ou telefone e pelo distanciamento destes com as atividades acadêmicas.

Motivação para buscar formação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Os participantes, no decurso das entrevistas, revelaram que tiveram motivos diversos para cursarem a residência. Dentre as razões indicadas, destaca-se a necessidade de aprimorar, aprofundar e experienciar conhecimentos e práticas no campo da saúde coletiva. O PRMSF se constitui, para alguns egressos, como a possibilidade de conhecer mais as especificidades da área da APS, como revelam as falas: “[...] eu acabei me interessando e me inscrevendo na Residência mais para conhecer o campo de atuação profissional voltado para a área da Saúde [coletiva] (RESS1); “[...] eu participei dos dois processos seletivos na intenção de me capacitar mais, de ter essa experiência [...] é muito rico a experiência de passar pela residência, mas é voltado mais para essa questão mesmo da experiência que eu sei que é muito rica” (REE4). O Egresso RESS2 revelou que a residência, além de possibilitar a qualificação, foi “[...] uma oportunidade de estar atuando, porque a minha área é mais voltada para concursos e no momento eu estava aguardando ser chamada. Então eu já vi ali uma oportunidade de também estar me especializando e, também, poder estar atuando na área (RESS2).

Foi possível evidenciar que, para alguns egressos, adentrar no PRMSF, tornou-se uma possibilidade de superar a incipiente formação oferecida na graduação sobre Saúde Coletiva, como explicita a fala do egresso REO5: “Eu comecei a gostar mesmo [área Saúde Coletiva] porque durante a faculdade a gente não viu tanto sobre isso, talvez não tão especificamente sobre as políticas de saúde. No meio do processo enquanto eu estava estudando eu comecei a gostar bastante da parte de Saúde Pública e graças a Deus eu consegui passar”. O processo de formação, ao aproximar os profissionais da Atenção Primária, provocou uma mudança no entendimento de como formar profissionais nesse âmbito de assistência: “Na verdade eu nunca tive muito interesse pela área da saúde coletiva, até então. [...] É que eu não conhecia nada e vi que era uma área interessante, não era uma coisa só do ‘postinho’, eu achava uma coisa muito pouca, a saúde coletiva, a saúde pública. Nunca me chamou muito a atenção” (REO1).

Por outro lado, egressos indicaram que a formação vivenciada na Graduação, a qual oportunizou o contato com a APS, com ações da área da saúde coletiva, influenciou a busca pela residência. O egresso REO2, profissional de odontologia, revelou o quão importante e decisivo foi vivenciar, na graduação, momentos teórico-práticos acerca da atuação profissional na APS: “Eu tinha muito objetivo de trabalhar na rede pública, no SUS, desde o meu primeiro ano que teve Saúde Coletiva, eu tive aquele primeiro contato. Quando eu estava no terceiro ano da faculdade eu participei do estágio que era obrigatório pela faculdade em uma Unidade de Saúde, uma Unidade de Saúde da Família. [...] pensei ‘eu quero seguir essa área, a saúde pública é o que eu quero’. E deu coincidência, logo de cara surgiu, no final do ano quando eu estava me formando, surgiu a primeira turma. Não pensei duas vezes e já me inscrevi. Era esse o objetivo: aprender mais para trabalhar na saúde pública” (REO2). O contato com Unidades de Saúde da Família promoveu, além do interesse pessoal, a identificação profissional pela área, “[...] foi a área que eu mais gostei, que eu mais me identifiquei durante a graduação. Então desde quando saiu a primeira turma da residência eu sabia que eu queria fazer. Aí por isso, eu sempre gostei bastante dessa parte (REE2).

O Estágio Curricular na APS, realizado nos últimos períodos da graduação, foi apontado como um elemento motivador na busca pelo PRMSF, como conta REE1 “no último ano da faculdade quando eu fui fazer o meu curricular que a gente fica mais tempo com o enfermeiro, consegue ver mais a realidade da Atenção Primária, eu

consegui ver a autonomia que o enfermeiro tem dentro da Unidade. Consegui vivenciar toda a dinâmica do serviço, tudo o que envolve o trabalho do enfermeiro e eu achei muito interessante. E foi aí que eu fiquei sabendo que existia a residência aqui no município. Porque até então eu sempre fui da área hospitalar, a [nome da Universidade] nos forma muito para a área hospitalar”. A identificação com a área emergiu porque a graduação ofereceu os instrumentos para a atuação profissional nesse campo de assistência: “Então quando eu estava no último ano eu comecei a pesquisar no que eu podia me especializar nessa área e encontrei a especialização Saúde da Família. [...] mas a motivação foi isso que desde a faculdade eu me encontrava nos estágios, gostava bastante, então desde a graduação gosto bastante da parte da Atenção Primária (REE3).

Destaca-se que o perfil pedagógico da formação, ofertado no PRMSF, foi um elemento importante para a busca do curso, no sentido de aprimorar a atuação profissional específica, como indicou um egresso: “foi a melhor escolha que eu fiz. Porque foi onde eu me achei, foi onde eu fiquei mais tranquilo e onde eu consegui começar a dar os primeiros passos, porque, como eu falei, eu me formei e eu não consegui logo pegar mão, eu pulei essa parte. Com dois anos de atraso que eu fui iniciar realmente a minha caminhada como dentista. E foi assim que eu comecei, foi nessa tentativa de realmente voltar para a odontologia e unir com a saúde pública que era o que eu gostava (REO3). Foi apontado também como relevante, o aprimoramento clínico do profissional: “eu gosto muito da parte clínica e eu soube que aqui era muito voltado para a parte clínica. Porque a gente ficava 40h semanais trabalhando de verdade mesmo, junto com os dentistas. Então foi mais isso que foi o meu interesse, a parte de ser próximo da minha família, então já tinha essa facilidade, e da proposta da residência de ser algo bem clínico, bem Atenção Básica” (REO4).

A possibilidade de vivenciar uma formação multiprofissional na APS também foi destacada, e a fala de REO6 sintetiza essa evidência: “Na época o que me motivou é que o meu maior interesse era trabalhar na área da saúde pública e ainda mais por ser uma residência multiprofissional”

A falta de um vínculo empregatício, associada à possibilidade de ganhar uma bolsa e, ao mesmo tempo, concluir uma formação de pós-graduação, foi decisiva para quatro egressos na busca pelo PRMSF. Assim, o ingresso no Programa foi motivado, a princípio, por uma oportunidade de trabalho, como explicita a egressa “[...] visualizando as possibilidades de trabalho porque na área de serviço social é um

campo muito restrito a concurso público [...]. Meu foco já era uma pós-graduação ou algo assim para subir a titulação dos concursos e aproveitei essa questão junto a residência [...] ‘Ah, vou receber uma bolsa, vou fazer a formação também’” (RESS4)’. A egressa RESS5 explica que foi “atraída para a residência primeiro porque eu estava desempregada nesse período. Mas isso não quer dizer que não valeu muito como experiência. De momento foi para isso mesmo, não foi eu buscando algo novo. Foi porque eu estava desempregada e queria estar atuando”. Esse mesmo motivo também foi apontado por RESS2 “[...] em um primeiro momento por uma questão de uma oportunidade de estar trabalhando”.

Os PRMS são uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que conferem o título de especialista. Sua carga horária é de 5760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas, distribuídas em 60 (sessenta) horas semanais, sendo 80% delas de atividades práticas e 20% teóricas. Exige dedicação exclusiva e, portanto, os profissionais têm direito a remuneração através de bolsa-salário custeada pelo Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), ou por IES vinculadas aos programas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Sendo uma iniciativa de qualificação de recursos humanos, os PRMS se mostram como uma alternativa viável para aperfeiçoar a atuação dos profissionais de saúde com base nas diretrizes e pressupostos do SUS. Diante disso, as motivações para procurar o Programa são diversas. No estudo de Oshima *et al.* (2018), a maioria dos egressos relatou que sua motivação era o interesse em atuar na APS/Saúde da Família. A construção de uma carreira acadêmica e a remuneração oferecida pela bolsa também foram fatores decisivos.

A escolha da residência, como uma forma de vínculo empregatício, pode ser reflexo de alguns fenômenos observados nas IES e no mundo do trabalho. Como exemplo, pode-se citar o intenso crescimento dos cursos da área de saúde, especialmente na iniciativa privada, e a flexibilização das relações de trabalho. De um lado, forma-se um grande contingente de profissionais de saúde, do outro, diminui-se as ofertas de vínculos trabalhistas estáveis (OSHIMA *et al.*, 2018; BRANCHI; MENDES, 2022).

Assim como relatado pelos egressos deste estudo, a qualidade do ensino, a possibilidade de capacitação, melhores condições de ingresso no mundo do trabalho, os cenários de prática que possibilitam o desenvolvimento das habilidades da assistência, a superação da formação incipiente da graduação e a proposta

pedagógica também influenciaram na escolha do Programa (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017; CAMARGOS; OLIVEIRA, 2020; FLOR, 2021; BRANCHI; MENDES, 2022).

A formação inicial de profissionais da saúde no ensino superior tem sido orientada, nos últimos anos, por Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em consonância com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dentre os anos de 2001 a 2004, as graduações reorganizaram seus projetos pedagógicos seguindo as diretrizes expressas pelas DCN de cada curso (CONTERNO, 2013).

A partir das DCN, a formação superou a organização do ensino por meio dos denominados currículos mínimos, e deu lugar a um perfil profissional composto por competências, habilidades e conteúdos que visam instrumentalizar os profissionais para uma atuação de qualidade eficiente e resolutiva (SANTOS-FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

Contudo, conforme observado, mesmo com a reformulação das DCN, ainda há um déficit no desenvolvimento prático de alguns conceitos relacionados à saúde pública dentro das graduações. Dos egressos entrevistados por Oshima *et al.* (2018), seis já possuíam experiência profissional na saúde pública, antes da residência, e quatorze não. Na graduação, dezessete tiveram experiência acadêmica nessa área e três não. A maneira como se aborda a saúde coletiva dentro da formação inicial tem potencial influência na forma como os egressos percebem a saúde e em suas práticas assistenciais.

Uma vez constatada a fragilidade da formação inicial dos profissionais de saúde, evidencia-se a relevância dos PRMS para possibilitar a superação dessas dificuldades, além de se constituir num espaço para o conhecimento de novos cenários de prática que representam as realidades socioepidemiológicas do país e, para desenvolver habilidades que vão além da atividade puramente assistencial (FLOR, 2021).

Trajetória profissional: da formação continuada à atuação profissional

Considerando-se que a formação continuada dos profissionais da área da saúde seja uma necessidade requerida pela atuação na assistência, na qual os

profissionais precisam constantemente atualizar seus conhecimentos técnicos-científicos, éticos e políticos, identificou-se que oito (47,1%), dos dezessete egressos cursou outra formação além da residência, dos quais dois (25%) efetuaram aperfeiçoamentos na área de atuação profissional; dois (25%) pós-graduação *lato sensu*, especialização; dois (25%) cursaram outra residência e dois (25%) fizeram ou estão cursando mestrado. Ainda dentre os participantes, no momento da coleta de dados, um (5,9%) estava aguardando resultado de seleção de mestrado, dois (11,7%) tinham planos de fazer outra formação e seis (35,3%) indicaram que não buscaram outra formação.

Dada a necessidade de atualização profissional para a qualificação do trabalho em saúde, outros estudos realizados com egressos também apontam resultados semelhantes. Dos egressos entrevistados por Branchi (2020), 66% possuíam especialização, 25% mestrado e 8% doutorado. Para alguns egressos, cursar uma segunda residência tem se mostrado viável frente a baixa oferta de oportunidades no mundo do trabalho dentro de suas áreas de formação (BRANCHI; MENDES, 2022).

Dentre os egressos, onze (64,7%) estão atuando na sua área de formação, dois (11,8%) não atuam na área de formação e quatro (23,5%) estão realizando outra formação, fato que impede a atuação profissional. Fagundes (2019) relata que, aproximadamente 70% dos egressos, seguem atuando na área em que se especializaram durante a residência. Para Branchi e Mendes (2022) esse número chega à 74%.

Dos dezessete egressos entrevistados, oito (47,1%) relataram estar atuando com vínculo no SUS e, os demais, nove (52,9%), não têm vínculo com o sistema de saúde. Dos egressos que atuavam no SUS, seis apontaram que os conteúdos assimilados durante a formação na residência estavam servindo de suporte na prática assistencial diária. Fundamentalmente os pressupostos que orientam a organização do processo de trabalho no sistema de saúde, o trabalho em equipe, além do acolhimento, da humanização e da escuta qualificada. Para REO3, por mais que gostasse de saúde pública “[...] nunca tinha entrado a fundo e são coisas que na prática realmente você vai aprender. Então ajudou sim, com certeza. Foi lá que eu entendi como funciona, para onde que corro, o que eu preciso fazer. Então toda a rede de atenção foi ali que eu descobri. Realmente ajudou muito”. Entender o contexto por meio da escuta qualificada foi uma aprendizagem importante, pois [...] “De como uma simples escuta, você observar, você deixar o paciente falar, você entender ele na sua

subjetividade, não julgar [...] Aquela lá tem uma história, a outra tem outra história, cresceu em um contexto diferente. Entender, desde o nascimento, como ela se formou até adolescente, que tipos de ensinamentos teve, desde essa escuta até a solução do caso ali, até a minha fala, a minha orientação, os encaminhamentos para os próprios médicos [...] então, a todo momento, foi essencial, desde a escuta até o encaminhamento final de um atendimento” (RESS6).

Nesse sentido, foi possível identificar que o PRMSF contribuiu na inserção segura dos profissionais no campo assistencial pois, como destacado por um egresso, ao cursar a residência, além de consolidar um preparo profissional e acadêmico construiu uma rede de relações profissionais as quais colaboram e oportunizam outras relações: “A residência tem um processo formativo muito importante também para o preparo do profissional e a parte acadêmica também. Você tem o incentivo para fazer os cursos. A gente conhece e tem contato com muitas pessoas e nisso a gente vai conhecendo mais pessoas e vai tendo mais oportunidades [...] (REO6)”. Além disso, a residência possibilitou uma aprendizagem mais contextual do cuidado em saúde, como indicado por REO5: “Agora na residência eu acredito que eu aprendi mais a olhar o paciente não fracionando nas especialidades que ele precisa, mas sim olhar a saúde num geral”. Cabe destacar que a formação promovida pelo PRMSF foi decisiva para a conquista de um trabalho, pois “[...] ter especialização foi um dos motivos em eu ter conquistado essa vaga de trabalho que eu estou hoje. Eu acho que foi um dos meus diferenciais no momento da minha entrevista e tudo mais. Porque quando você mostra conhecimento, e até mesmo conhecimento prático, na realidade da população e tudo mais, então o teu empregador ele se sente um pouco mais confiante em te contratar [...]” (RESS3).

Contudo, apesar do reconhecimento que a residência proporciona à formação dos egressos, ela não garante o vínculo empregatício na APS. A principal forma de ingresso nos serviços de saúde é através de concursos públicos ou processos seletivos, os quais, estão cada vez menos frequentes. Um dos reflexos dessa situação apareceu nas falas de alguns egressos que, ao serem questionados sobre a possibilidade de atuação no SUS, disseram ter encontrado dificuldades para a inserção nos serviços ou aguardam abertura ou chamamento em concursos públicos.

Os egressos indicaram que, apesar de se sentirem preparados para atuarem na APS, considerando a formação do PRMSF, encontraram algumas dificuldades para a inserção nos serviços. Segundo REE2, a APS “[...] é uma área que ainda depende

muito de concurso público, mais voltado para essa parte então a gente tem um pouquinho de dificuldade quando termina a residência”, ou porque “[...] a residência não facilita o ingresso da gente no serviço público. Porque, por exemplo, aqui em [nome da cidade] teve prova de títulos, mas a residência valia a mesma coisa que qualquer outra pós. Então eu acho que a residência deveria oportunizar mais quem faz residência [...]” (REO1).

Dos dezessete egressos, quinze (88%) relataram não se sentir devidamente reconhecidos e valorizados no mundo do trabalho pois, no momento do concurso, processo seletivo ou contratação, não recebem pontuação diferenciada pela formação. De acordo com REO1, apesar do diferencial da formação, não há um incentivo, um diferencial que valorize a experiência e o título conquistado na residência, ademais, os editais não abrem vagas específicas para os especialistas em Saúde da Família. “Não dá para dizer que não é válido, mas a gente concorre igual aos outros. Nós não temos um diferencial quando vamos concorrer a uma vaga de um concurso. Eu acho que isso ainda deveria ser visto. [Nome da cidade] mesmo, se você tem ou não tem a residência em Saúde da Família não faz diferença nenhuma” (REO1).

Além disso, há, ainda, a dificuldade de compreensão das atribuições dessa especialidade pelos gestores e colegas de equipe. É comum o estranhamento ou a dificuldade de aceitar que a formação em Saúde da Família é uma especialidade. REO3, profissional da Odontologia, explicita essa questão em parte de sua entrevista: “Eu não vou dizer que é um desprezo, longe disso. Mas quando eu falo que eu fiz residência e perguntam no que? Ai quando eu digo que é em Saúde Pública a gente nota um certo, não vou dizer desdém, mas ‘Ué? Mas então você não é especialista em nada?’ Parece que quando você conversa com dentistas principalmente, fica um negócio meio vago na cabeça deles [...]” (REO3).

O egresso RESS6 acredita que seja uma questão de valorização da formação ofertada no PRMSF, pois segundo ele: “Ela é distinta, porém não é valorizada. Não é valorizada porque eu acho que desde o processo seletivo, de concurso ela teria que ser valorizada. O município, a Secretaria de Saúde, dispõe do programa, porém não valoriza os profissionais que se formam [...] até que ponto isso é bom para o município? Porque que você vai se dispor a ter um programa tão rico, tão bom, se você não dá valor para o teu profissional, quando acaba o contrato nem conta [...]. Então, não é valorizado nada, 0%. Às vezes é valorizada lá no empregador que é fora

do público, como aconteceu comigo e na nossa própria rede municipal não é” (RESS6).

Após a finalização da residência, inicia-se o desafio de buscar um campo para atuação profissional. Outros estudos com egressos indicam que o tempo médio entre o término da residência e a inserção no mundo do trabalho pode variar, mas não costuma ser longo e tem se mantido constante ao longo dos anos. Melo *et al.* (2012) indicam que, cerca de 77% de sua amostra, demorou menos de três meses para iniciar sua atuação após a residência. Para Fagundes (2019) e Flor (2021), esse tempo foi de menos de seis meses para 60% e 62,9% dos egressos, respectivamente.

No que diz respeito à área de atuação, a pesquisa de Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017) mostrou que 68% dos egressos optaram por atuar dentro do SUS. Para Kveller, Castoldi e Kijner (2017), esse número foi de 61%. Contudo, independentemente de estarem ou não no SUS, os egressos têm demonstrado que os conteúdos assimilados durante a residência são aplicados em seu cotidiano e, de forma geral, contribuem para a formação de uma visão ampliada de saúde, indicando que o processo carrega potencial transformador nas práticas de cuidado em saúde (MELO *et al.*, 2012; BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017; KVELLER; CASTOLDI; KIJNER, 2017; BRANCHI, 2020).

Porém, ao avaliar a forma de vínculo trabalhista destes egressos, os estudos demonstram que boa parte deles não são estáveis. Para Melo *et al.* (2012), apenas 32% estavam atuando em regimes celetistas ou estatutários. Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017), Fagundes (2019), Flor (2021) encontraram 50%, 39% e 52,7%, respectivamente, de vínculos estáveis entre egressos.

Isso pode ser considerado um reflexo da flexibilização das relações trabalhistas, cada vez mais presente no mundo do trabalho. Esse processo vinha se configurando ao longo dos anos e se consolidou com a Reforma Trabalhista, ocorrida em 2017. A criação de cargos temporários, a terceirização e a prestação de serviços por pessoa jurídica, também conhecida como “pejotização”, têm sido cada vez mais utilizados para suprir a demanda dos serviços de saúde. O resultado é um sistema de trabalho cada vez mais instável, fragmentado, com alta rotatividade profissional e que induz à multiplicidade de vínculos (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017; LEVI *et al.*, 2022).

Apesar de considerarem a residência como um importante elemento de capacitação profissional, os egressos demonstram que sentem falta de valorização da

formação (BRANCHI, 2020; BRANCHI, MENDES, 2022). Em pesquisa semelhante realizada com egressos de programas voltados à formação para APS, 97,1% dos entrevistados se consideravam satisfeitos quanto à formação ofertada, porém 56,9% não se sentiam devidamente reconhecidos e valorizados em seus ambientes de trabalho. Para estes, a residência não se mostrou como um diferencial no momento da seleção ou contratação (FLOR, 2021). Esses resultados apontam para a necessidade de repensar as políticas públicas relacionadas às residências e incentivar a inclusão destes profissionais qualificados no SUS (CAMARGOS; OLIVEIRA, 2020).

Conclusão

A formação de recursos humanos em saúde tem sido discutida e modificada ao longo das décadas, frente às demandas dos modelos assistenciais vigentes. Nesse sentido, uma iniciativa importante de qualificação para atuar no SUS tem sido os PRMS. Observou-se, nesse estudo, que as motivações para procurar o PRMSF associam-se à necessidade de aprimorar e aprofundar os conhecimentos no campo da saúde coletiva, superar a formação incipiente da graduação quanto ao preparo para atuar na APS, vivenciar, na prática, conceitos aprendidos na graduação e possuir um vínculo empregatício remunerado.

A constante demanda de qualificação profissional tem também influenciado os processos de educação continuada. E isso se reflete no considerável número de egressos que já participaram ou estão participando de outros processos formativos nas modalidades de pós-graduação *lato sensu*, aperfeiçoamentos, mestrado e outras residências.

Porém, apesar da constante qualificação, há diversos relatos sobre a dificuldade de inserção desses egressos no mundo do trabalho. Isso devido ao número reduzido de processos seletivos e de concursos e à desvalorização da residência, especialmente no âmbito público.

Dessa forma, a presente pesquisa buscou contribuir com as discussões existentes sobre a formação, no interior de residências multiprofissionais, e apontar para fragilidades que precisam ser corrigidas. Evidenciou-se a necessidade de construção de uma forma de integração dos egressos ao serviço público, com vantagens econômicas que estimulem a permanência no trabalho. Essa permanência poderia qualificar o cuidado em saúde, prestado na APS. Mesmo assim, aqueles que

necessitam migrar para outros serviços, levam consigo a experiência do cuidado integral, do trabalho em equipe e da lógica do SUS que é responsável pela saúde da maioria da população brasileira.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRANCHI, A. Z.; MENDES, J. M. R. Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público. **Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 10-32, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/229402>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRANCHI, A. Z. **O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional de um complexo de serviços de saúde público**. 2020. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/229402>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL, C. C.; OLIVEIRA, P. R. S.; VASCONCELOS, A. P. S. M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **Sanare**, Sobral – CE, v. 16, n. 01, p. 60-66, jan./jul. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. 1 ed. Brasília: Editora MS, 2006, 414p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em:

https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005b. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CAMARGOS, S. P. S.; OLIVEIRA, S. V. Perfil, qualidade de vida e perspectivas futuras de residentes do programa de residência em área profissional da saúde. **Revista Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p.50-63, 2020. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4138/3284>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residências Multiprofissional em Saúde da Família**. Cascavel – PR, 2020.

CONTERNO, S. F. R. **Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos**. 2013. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo: 2013.

FAGUNDES, A. V. **Perfil e inserção profissional de egressos de uma residência multiprofissional de um hospital universitário de Porto Alegre**. 2019. Trabalho de Conclusão de Residência (residência em Atenção Integral ao Usuário de Drogas) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/196963>. Acesso em: 11 fev. 2023.

FLOR, T. B. M. **Formação e inserção profissional de residentes multiprofissionais egressos de Programas voltados à Atenção Básica**. 2021. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32942>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GERMANO, M. F. M. **Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó Potiguar: perfil e percepção de egressos**. 2019. Dissertação (mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande

do Norte, Natal, 2019. Disponível em:
<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28332>. Acesso em: 13 dez. 2022.

KVELLER, D. B.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 14-19, jan./dez. 2017. Disponível em:
<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/129>. Acesso em: 28 jan. 2023.

LEVI, M. L. *et al.* Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-18, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/C5pyp9DnPZsLKk4vLgkQxGm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

LIMA, M. G. S. *et al.* Perfil e trajetória profissional dos fonoaudiólogos egressos de um programa de residência multiprofissional. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 26, n. e2535, p. 1-9, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/acr/a/JG765zrmP5Mz9Jz7KWn9RJM/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LIMA, N. T. Residências são uma modalidade diferenciada de formação. Agência de Notícias da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
<https://agencia.fiocruz.br/resid%C3%A2ncias-s%C3%A3o-uma-modalidade-diferenciada-de-forma%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 02 fev. 2023.

LIMA, N. T. Uma metamorfose exemplar: a qualificação para o sus na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. In: CARVALHO *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Acesso em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. A importância do estudo com egressos na avaliação de programas. In: LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. **Estudos com estudantes egressos: concepções e possibilidades metodológicas na avaliação de programas**. 1 ed. Salvador: EDUFBA, 2012. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6214/1/Estudo%20com%20egressos.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3. Brasília, 2006. p. 13- 28. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

MATOS; I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v.

13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>. Acesso em: 15 de abril de 2023.

MELO, C. N. M. *et al.* Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. **Sanare**, Sobral, v. 11, n. 1, p. 18-25, jan./jun. 2012. Disponível em:
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262>. Acesso em: 11 fev. 2023.

OSHIMA, A. M. M. Y, *et al.* Perfil, atuação e satisfação de cirurgiões-dentistas em Residências Multiprofissionais em Saúde da região Sul do Brasil. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 1, p. 134-145, 2018. Disponível em:
<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/475>. Acesso em: 11 fev. 2023.

SANTOS-FILHO, E. J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 129-149, dez. 2016. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2245>. Acesso em: 03 out. 2021.

5.3. Artigo 3: REFLEXOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA FORMAÇÃO EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

REFLEX OF THE COVID-19 PANDEMIC ON TRAINING IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE PROGRAM IN FAMILY HEALTH

REFLEJOS DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE LA FORMACIÓN EN UN PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA

Resumo: O objetivo deste estudo é relatar a percepção dos egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), sobre mudanças e impactos vivenciados no processo formativo, em decorrência da pandemia da Covid-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que incluiu os egressos das turmas de 2018 a 2022, representados por enfermeiros, dentistas e assistentes sociais, os quais relataram as experiências vivenciadas no processo formativo do PRMSF, sendo a pandemia da Covid-19 citada com frequência como marcante na formação profissional. A pandemia foi um evento complexo que impôs limites, mas também possibilidades ao processo formativo. Devido às medidas sanitárias adotadas, surgiram alguns limites pela dificuldade em desenvolver atividades em equipe multiprofissional, de Educação Permanente em Saúde, de Educação em Saúde e na condução das aulas teóricas. Por outro lado, a criação do *Call Center Covid-19*, proporcionou a interação entre os residentes do programa e, destes, com os residentes de medicina. Dessa forma, a pandemia evidenciou algumas fragilidades já existentes no programa e apontou para a necessidade de maiores discussões sobre o avanço no planejamento e execução das ações relacionadas à formação de recursos humanos em saúde.

Palavras-chaves: COVID-19; Equipe Multiprofissional; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

Abstract: The objective of this study is to report the perception of graduates of a Multiprofessional Residency Program in Family Health (MRPFH), about changes and impacts experienced in the training process as a result of the Covid-19 pandemic. This was a qualitative research that included graduates from the classes from 2018 to 2022,

represented by nurses, dentists and social workers, who reported their experiences in the MRPFH training process, with the Covid-19 pandemic often referred to as important in professional training. The pandemic was a complex event that imposed limits, but also possibilities, on the training process. Due to the sanitary measures adopted, some limits were expressed by the difficulty in developing activities in a multidisciplinary team, Permanent Education in Health, Health Education and in conducting theoretical classes. On the other hand, the creation of the Covid-19 Call Center provided interaction between program residents and between them and medical residents. In this way, the pandemic highlighted some existing weaknesses in the program and pointed to the need for further discussions on progress in the planning and execution of actions related to the training of human resources in health.

Keywords: COVID-19; Patient Care Team; Health Human Resource Training

Resumen: El objetivo de este estudio es relatar la percepción de egresados de un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (PRMSF), sobre los cambios e impactos vividos en el proceso de formación como consecuencia de la pandemia de la Covid-19. Se trata de una investigación cualitativa que contó con egresados de las promociones de 2018 a 2022, representados por enfermeros, odontólogos y trabajadores sociales, que relataron sus experiencias en el proceso de formación de la PRMSF, siendo muchas veces referida la pandemia de la Covid-19 como importante en la formación profesional. La pandemia fue un evento complejo que impuso límites, pero también posibilidades, al proceso formativo. Debido a las medidas sanitarias adoptadas, se expresaron algunos límites por la dificultad en el desarrollo de actividades en un equipo multidisciplinario, Educación Permanente en Salud, Educación en Salud y en la realización de clases teóricas. Por otro lado, la creación del Call Center Covid-19 permitió la interacción entre los residentes del programa y entre estos y los médicos residentes. De esta forma, la pandemia puso en evidencia algunas debilidades existentes en el programa y señaló la necesidad de profundizar en las discusiones sobre los avances en la planificación y ejecución de acciones relacionadas con la formación de recursos humanos en salud.

Palabras claves: COVID-19; Grupo de Atención al Paciente; Capacitación de Recursos Humanos en Salud

Introdução

A centralidade do debate sobre o processo de formação de profissionais de saúde não é um fenômeno recente, tem sido pautado desde o século passado e se associa a movimentos que discutem os modelos de atenção à saúde da população (Conterno, 2013). Destaca-se na legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), a importância do ordenamento da formação de recursos humanos em conformidade com seus princípios, em todos os níveis de ensino, inclusive na pós-graduação. Inúmeras têm sido as iniciativas para fortalecer processos formativos interdisciplinares que potencializem uma atuação profissional mais contextualizada e que atenda às necessidades de assistência no SUS (Brasil, 1988).

Uma das iniciativas foi a criação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões de saúde, em caráter de especialização, com carga horária mínima de 5760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas, distribuídas ao longo de dois anos, com carga horária semanal de 60 (sessenta) horas. Dessas 60 horas, 80% devem ser destinadas à integração com a prática e as outras 20% para abordagens teóricas. Os residentes em curso devem permanecer em regime de dedicação exclusiva, recebendo uma bolsa-salário custeada pelo Ministério da Educação (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) durante o período de formação (Brasil, 2009; Brasil, 2014).

Espelhando-se nas experiências exitosas dos PRMS do Brasil e entendendo a relevância dessa ferramenta para a formação de profissionais capacitados tecnicamente e comprometidos socialmente com o SUS, o município de Cascavel-PR decidiu sediar um desses programas. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) de Cascavel-PR dispõe de vagas para as áreas de enfermagem, odontologia e serviço social. Desenvolve suas atividades tendo por referência o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que permite exercitar a multidisciplinaridade e a interprofissionalidade por meio da organização dos serviços e do processo de aprendizagem (Cascavel, 2018).

O diferencial dos PRMS é o foco na interdisciplinaridade como eixo norteador do processo, fato que pode ser percebido pela possibilidade de inserção das diferentes profissões que compõem a área de saúde, respeitando suas singularidades, todavia buscando a construção da coletividade. Além disso, os PRMS possibilitam um contato direto do residente com a realidade, como ela de fato se apresenta e, através das ferramentas de ensino, estimulam a criação de possibilidades viáveis para enfrentar os desafios encontrados (Brasil, 2006; Brasil, 2009; Brasil; Oliveira; Vasconcelos, 2017).

Um dos maiores desafios enfrentados pela saúde mundial, principalmente nos anos de 2020 e 2021 foi a pandemia de Covid-19. No final do ano de 2019, em Wuhan, na China, começou a se difundir uma nova espécie de vírus da família dos *Coronaviridae*, chamado SARS-Cov-2, o qual deu origem à doença denominada Covid-19. O vírus possuía alta capacidade de disseminação e pouco tempo depois de descoberto desencadeou uma pandemia. No Brasil, os primeiros casos foram registrados em fevereiro do 2020 e, até a presente data, estima-se que o número de casos confirmados seja de 36.717.501, com 696.254 óbitos associados à doença (Dantas *et al.*, 2020; Brasil, 2023).

A pandemia demandou uma reestruturação de todo o sistema de saúde nacional e, conseqüentemente, das Residências em Saúde que atuavam nesse ambiente. No município de Cascavel-PR, os residentes do PRMSF tiveram que ser realocados de seus cenários de prática, fundamentalmente do interior das Unidades de Saúde da Família, para trabalhar no *Call Center Covid-19*, desempenhando diferentes funções nos setores de triagem, telemedicina, monitoramento e gestão de documentos (Bastiani *et al.*, 2021). Além disso, à semelhança do que aconteceu em outros Programas, houve mudança no formato das aulas teóricas, do ensino presencial para o remoto (Castro; Silva; Vasconcelos, 2022).

Diante do exposto, objetiva-se relatar a percepção dos egressos de um PRMSF sobre mudanças e impactos vivenciados no processo formativo em decorrência da pandemia da Covid-19.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa realizado junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do

município de Cascavel-PR. Participaram do estudo egressos do Programa, sendo: enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais. Foram incluídos todos os que concluíram o processo formativo, nas turmas de 2020, 2021 e 2022, com exceção dos que se negaram a participar no primeiro contato. O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior que teve por objetivo avaliar as potencialidades e fragilidades do processo formativo do Programa de Residência em questão.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas orientadas por questionário semiestruturado. A elaboração das questões do instrumento teve como referência o Projeto Político Pedagógico do PRMSF, o qual expressa os fundamentos teórico-metodológicos da formação em questão.

O roteiro da entrevista foi organizado considerando os seguintes campos: a) caracterização dos participantes: idade, sexo, formação na graduação, ano de conclusão, ano de conclusão da residência; b) formação no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família: vivências formativas na Atenção Básica, no SUS; avaliação de elementos curriculares: disciplinas teóricas e práticas; mediação pedagógica de preceptores e tutores; trabalhos interprofissional/multiprofissional; vivência de Educação Permanente em Saúde; c) atuação profissional: vínculo profissional atual; articulação da formação na residência e atuação profissional atual; inserção no mundo do trabalho após a residência; contribuição da Residência para inserção dos diferentes campos profissionais. A temática da pandemia e impactos na formação não fazia parte do escopo inicial do roteiro da entrevista, mas foi citada, com frequência, pelos egressos entrevistados das turmas que vivenciaram o processo formativo entre 2020 e 2022, especialmente nos campos B e C.

O instrumento (roteiro da entrevista) foi avaliado por uma equipe de especialistas que atuam no PRMSF e, após incorporar as considerações dos avaliadores, o roteiro foi devidamente alterado e considerado adequado para guiar as entrevistas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas através de vídeo chamadas efetuadas nas plataformas *on-line*, o *Google Meet* e *Microsoft Teams*, as quais foram gravadas. As falas foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo (Bardin, 2016). Para referenciar as falas/ideias e conceitos, utilizou-se um código para cada categoria de participante, sendo: REE (Residente Egresso de Enfermagem); REO (Residente Egresso de Odontologia) e RESS (Residente Egresso em Serviço Social), seguidos de um número arábico sequencial para expressar a quantidade de participantes por categoria.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer número 5.264.054.

Resultados

Participaram da pesquisa dezessete (70,8%) dos vinte e quatro (100%) egressos do PRMSF, os quais foram residentes entre os anos de 2018 e 2022, das três turmas formadas pelo programa. Cabe destacar que, nas duas primeiras turmas, a de 2018-2020 e a de 2019-2021, o número de ingressantes foi de nove residentes no total, sendo três vagas, respectivamente, para Enfermagem, Odontologia e Serviço Social. A partir da seleção de 2020, ampliou-se o número de vagas, sendo cinco para cada área, portanto, atualmente, a oferta é de 15 vagas anualmente. A Tabela 1 apresenta a composição das turmas do PRMSF, quanto a ingressantes, egressos e participantes no estudo.

Tabela 1. Composição das turmas do PRMSF, ingressantes, egressos e participantes do estudo. Cascavel/Paraná, 2022.

2018-2020	Ingressantes	Egressos	Participantes no estudo
Enfermagem	3	3	-
Odontologia	3	2	2 (100%)
Serviço Social	3	3	1 (33,3%)
Total	9	8	3 (33%)
2019- 2021	Ingressantes	Egressos	Participantes no estudo
Enfermagem	3	1	1 (100%)
Odontologia	3	2	1 (50%)
Serviço Social	3	1	1 (100%)
Total	9	4	3 (75%)
2020-2021	Ingressantes	Concluintes	Participantes no estudo
Enfermagem	5	3	3 (100%)
Odontologia	5	4	4 (100%)
Serviço Social	5	5	4 (80%)
Total	15	12	11 (92%)

Fonte: Coordenação da Escola de Saúde Pública Municipal e dados coletados na pesquisa.

Pode-se perceber que os participantes, em sua maioria, são: jovens, mulheres, odontólogos e graduados em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas. Percebe-se também que todos ingressaram no Programa de Residência logo após o término da graduação, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, categoria profissional, ano de conclusão da graduação e ingresso no PRMSF. Cascavel/ Paraná, 2022.

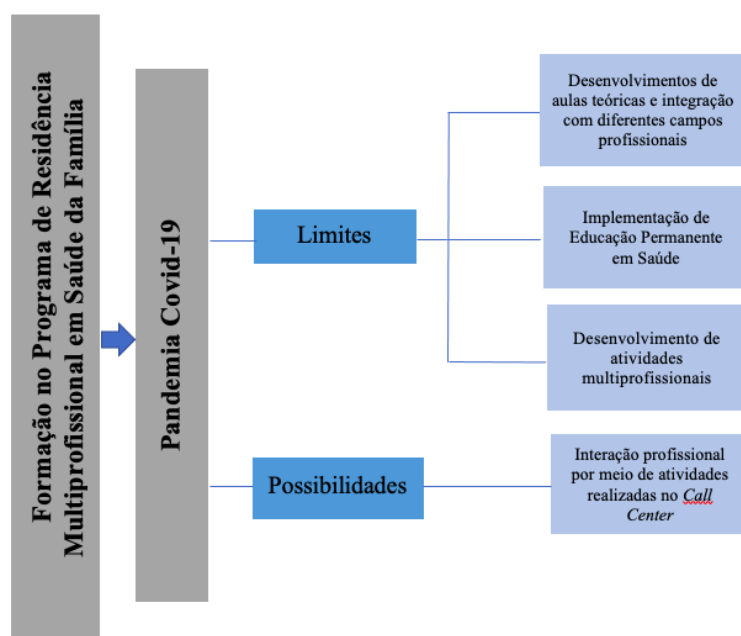
Sexo	N (%)
Feminino	12 (70,6%)
Masculino	5 (29,4%)
Idade	N (%)
24-26	10 (58,8%)
27-29	3 (17,6%)
30-32	-
+ de 32	3 (17,6%)
Não informou	1 (5,9%)
Categorias profissionais	N (%)
Enfermagem	4 (23,5%)
Odontologia	7 (41,2%)
Serviço Social	6 (35,3%)
Ano de conclusão da graduação	N (%)
2008	1 (5,9%)
2009	1 (5,9%)
2014	1 (5,9%)
2016	1 (5,9%)
2017	2 (11,76%)
2018	3 (17,64%)
2019	7 (41,17%)
2020	1 (5,9%)
Natureza da IES da graduação	N (%)
Privada	4 (23,5%)
Pública	13 (76,5%)
Tempo após a conclusão da graduação	N (%)
Menos de 1 ano	10 (58,8%)
2 anos	2 (11,7%)
3 anos	2 (11,7%)
5 anos	1 (5,9%)
9 anos	1 (5,9%)
10 anos	1 (5,9%)

Fonte: Dados das entrevistas sistematizados pela autora (2022).

Pandemia: limites e possibilidades no processo de formação de residentes em Saúde da Família

A Pandemia da Covid-19 foi apontada, por parte dos egressos que estavam vinculados ao programa nos anos de 2020 a 2022, como um elemento que impactou a formação no PRMSF em diversos aspectos, impondo limites, mas também possibilidades. A Figura 1 ilustra a organização dos dados.

Figura 1. Limites e possibilidades da formação no PRMSF impostos pela pandemia de Covid-19.



Fonte: Dados das entrevistas sistematizados pelas autoras (2022).

Segundo os participantes, a pandemia limitou principalmente a condução das aulas teóricas que, em decorrência das medidas sanitárias, foram suspensas por um determinado tempo. Também inviabilizou atividades de integração com os diferentes campos de atuação profissional como visitas domiciliares e momentos de Educação Permanente e Continuada:

[...] a minha turma foi muito azarada em relação a isso, porque a gente entrou e já chegou a pandemia. Até sair ainda não tinha normalizado, então a gente perdeu muito nessa parte. A gente não conseguia desenvolver tudo o que aprendia na aula teórica, porque não podia ter reunião de grupo, não podia fazer trabalho em escolas, fora da unidade, então a gente ficou restrito só ao atendimento mesmo, bem clínico. Eu acho que pouca coisa a gente conseguiu ligar (REO4).

Infelizmente por causa da pandemia teve uma boa época, em 2020, que a gente ficou sem aula teórica. Tinha algumas coisas assim, como ele era mais geral, na parte da odonto não tinha muito o que aplicar, mas as partes de Políticas de Saúde e tudo mais realmente era bem interessante, bem bom de aprender (REO5).

[...] Agora nas unidades de saúde, também por causa da pandemia teve muita coisa que não teve, por exemplo o PSE [Programa Saúde na Escola], as visitas ou palestras que dava para fazer, reuniões de equipe, essas coisas acabaram que a gente não teve (REO5).

Por conta da pandemia ficou muito difícil de se trabalhar, porque eram muitas pessoas com sintomas respiratórios então a gente não conseguia juntar os funcionários pelos funcionários estarem sintomáticos, era difícil com a população porque você não podia fazer uma sala de espera porque iria aglomerar todo mundo na sala de espera. Era difícil pela demanda de serviço porque os profissionais, por exemplo, tiveram épocas de fazer 300 vacinas em um período de manhã, então quando que você vai tirar esse profissional de uma sala de vacina para fazer uma Educação Permanente com ele dentro do serviço? Não tinha. [...] A Atenção Primária teve que ser totalmente reestruturada, então mudou muito nesse sentido, que coisas que eu via, que eram programas, que existiam na época antes da pandemia, que eu via na graduação, com a pandemia foram suspensas as atividades, principalmente as grupais que é um dos focos da Atenção Primária [...] (REE1).

[...] a gente acabou não participando [atividades do PSE] por conta da pandemia, muitos dos colégios foram fechados, as aulas eram só remotas, as atividades não puderam ser executadas. Então, particularmente eu não participei de nenhum [...] então, até as reuniões de equipe foram dificultadas, foram atrapalhadas. Normalmente era o coordenador que chamava e conversava. A gente ainda forçou, nós do serviço social, forçamos um pouquinho porque a gente precisava repassar muitos casos. [...] O matriciamento a gente acabou fazendo um ou dois, mas eram muito pontuais essas ações (RESS2).

Educação Permanente eu lembro que a gente teve nas aulas algumas questões, mas como a gente pegou muito tempo de pandemia foi bem complicado para a gente evoluir nesse processo. [...] Foi um período complexo para nós. Eu acho que faltou bastante essa parte de Educação Permanente. As aulas supriam um pouco, mas eu acho que a prática seria essencial que a gente não conseguiu fazer (RESS6).

[...] a gente tinha que atender reduzido, a gente não podia fazer várias coisas, não tinha PSE, não tinha nada. Então a questão também acho que não foi tanto do programa, conversando com outros alunos das outras turmas, eles tiveram isso [trabalho multiprofissional]. Então eu acho que foi mais também a pandemia mesmo. Porque a gente ficou seis meses no *Call Center* e a gente não teve contato, era mais ligação e a parte burocrática. Então a gente não vivenciou muito essas visitas de escola, o PSE, eu acho que eu não fiz nenhum e só fiz uma visita [...] (REO7).

Não vivenciei [a EPS] por causa da pandemia. Foi assim, nossa, a gente não teve educação. Não, só na graduação, mas na residência não teve. Foi cancelado tudo, então não tive a oportunidade (REE3).

Também emergiu, da fala dos egressos, o quanto a pandemia e as decorrentes medidas sanitárias impactaram, de forma negativa, o desenvolvimento de atividades multiprofissionais no contexto da residência. Muitos dos projetos que eram desenvolvidos em turmas anteriores não foram executados:

Também por causa da pandemia a gente não teve tanta oportunidade [...] A pandemia afetou bastante coisa que eu acredito que a gente poderia ter feito, mais a parte de projetinhos, de ações multiprofissionais. Mas o pouco que a gente teve claro que ajudou bastante (REO5).

[...] A gente entrou, acompanhou duas semanas da rotina da Atenção Primária e daí foi tudo suspenso [...] a gente ficou um período trabalhando na questão administrativa, atendendo telefone, enviando documentos, que era o que exigia mais das pessoas. Eles não tinham quem tocasse o serviço então eles acabaram puxando os residentes, tirando eles um pouquinho do cenário de prática deles para fazer essa atividade (REE1).

A pandemia de Covid-19 se mostrou como um evento complexo na dinâmica organizativa do PRMSF. Para alguns residentes, a criação do *Call Center*, para

monitoramento dos casos suspeitos e confirmados da Covid-19 e teleatendimento de sintomáticos contribuiu na interação entre os residentes da Residência Multiprofissional e da Residência Médica. Segundo a Portaria Interministerial nº 2.117 de 2005, que institui a Residência Multiprofissional, podem estar inseridos nesta modalidade de residência todos os profissionais da área de Saúde, exceto médicos (Brasil, 2005). Contudo, na visão dos egressos, a interação com a categoria médica foi também citada como ponto importante e as atividades realizadas no *Call Center* fortaleceram laços profissionais, principalmente com os residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC). Houve ainda o relato de experiências positivas de interação entre os residentes do próprio PRMSF.

Eu acho que a pandemia também fez com que a gente tivesse uma interação maior com eles porque como a gente passou todo o período lá do *Call Center* [...] A gente conheceu muito o pessoal das outras áreas, até da medicina, então a gente ficou amigo mesmo deles e quando a gente voltou na unidade apesar de a gente não poder ter esse contato tão próximo [...] o contato que a gente tinha era porque a gente já conhecia ali no *Call Center*, então a gente tinha uma liberdade de conversar assim, mas acho que foi mais por isso. [...] E o pessoal da enfermagem uma coisa legal também que a pandemia fez a gente aprender bem foi essa parte da vacinação, a parte do calendário vacinal também é uma responsabilidade nossa. Tem muita coisa, muita manifestação bucal de doenças que a gente consegue evitar com a vacinação, acompanhando o calendário, então isso é uma coisa que eu peguei muito forte com o pessoal da enfermagem nesse período (REO4).

Eu digo que o principal fator, se não fosse o *Call Center* eu vejo que essa interação seria muito menor. O *Call Center* possibilitou até que a gente tivesse interação com os médicos. Eu percebi que depois do *Call Center* eu tive bastante contato com o pessoal que era da minha turma, fazendo uma comparação com o pessoal que era da turma depois de mim eles não tinham tanto essa interação porque eles não passaram por essa experiência do *Call Center* logo no início [...] (REO6).

A nossa turma, a maioria vai falar assim que a pandemia afetou muito. No meu caso, eu acredito que o *Call Center* que a gente teve, em 2020, foi um coisa ruim, mas uma parte também foi boa, porque a parte boa é que a gente conseguiu bem mais interação com todo mundo, uma coisa que eu acho que era bem difícil é a gente conseguir ter interação por causa que cada um trabalhava em uma unidade e nas aulas teóricas não tinha tanta oportunidade de conversar, de ter uma interação mais de perto [...] (REO5).

A Pandemia da Covid-19 exigiu que os processos formativos em saúde fossem adequados ao contexto, considerando as medidas sanitárias e as demandas dos serviços de saúde. Na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a formação está estreitamente ligada ao cotidiano das ações de APS. Nesse sentido, foi inevitável a vivência de certos limites na formação, o que oportunizou elementos que marcaram a trajetória dos profissionais que enfrentaram o contexto pandêmico.

Discussão

Para ser considerado multiprofissional, um Programa de Residência precisa considerar pelo menos três profissões da saúde (Brasil, 2012). No caso do PRMSF do município de Cascavel- PR, as áreas contempladas são Enfermagem, Odontologia e Serviço Social. Como observado na pesquisa, apesar de pouco tempo transcorrido entre a formação e a realização das entrevistas, houve maior participação dos egressos com formação mais recente. Esse evento também pôde ser visto em outros estudos e pode ser explicado pela maior disponibilidade de vagas e maior número de egressos em relação aos ingressantes nas turmas mais novas (Branchi, 2020).

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres, o que acompanha o fenômeno de 'feminização' da área de saúde. A idade dos participantes também está de acordo com o que tem sido encontrado na literatura, ou seja, adultos jovens com pouco tempo de formação. Esse fato mostra que um dos principais objetivos dos PRMS, a qualificação profissional de jovens para atuar na área de saúde, tem sido alcançado (Kveller; Castoldi; Kijner, 2017; Germano, 2019; Lima *et al.*, 2021).

Os PRMS foram implementados como uma proposta para ampliar e aprofundar os conhecimentos adquiridos pelos profissionais durante a graduação, uma vez que considera a fragilidade e a fragmentação dos processos formativos, bem como o mundo do trabalho cada vez mais competitivo. Diferencia-se dos demais processos formativos de pós-graduação por ser desenvolvido diretamente no interior dos serviços, proporcionando contato próximo com a realidade (Nascimento, Oliveira, 2006).

Segundo Vasconcelos *et al.* (2015), as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família ganham notoriedade ao assumirem uma postura contra-hegemônica ao modelo centrado nos aspectos curativista e individualista. Assim, os PRM têm sido apontados como espaços de desenvolvimento de habilidades

necessárias a uma atuação qualificada, conforme os princípios do SUS. Partindo do eixo orientador da Educação Permanente em Saúde, a formação se dá pelo trabalho e para o trabalho, aumentando o potencial de resolutividade frente às demandas de saúde e instrumentalizando os profissionais para atuarem de maneira crítica e reflexiva. Para ser um profissional resolutivo é necessário se aproximar do paciente, e não apenas da doença que o acomete, e somente a realidade pode proporcionar isso (Nascimento; Oliveira, 2006; Silva, 2018).

Em pesquisa de Silva e Natal (2020), evidenciou-se a potencialidade das RMS na formação de profissionais de saúde. A intervenção diária nos serviços de saúde, tanto de residentes, quanto de tutores e preceptores, promove reflexões e busca de mudanças nas práticas profissionais, configurando-se a integração teoria e prática, marca que qualifica as ações em saúde.

A pandemia de Covid-19 se mostrou como uma realidade que mudou drasticamente a forma como os serviços de saúde estavam estruturados, especialmente a Atenção Primária em Saúde (APS). Uma vez alterada a realidade dos serviços, alterou-se também a forma de conduzir as atividades dos PRMS (Oliveira, M. *et al.*, 2020).

Em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde e, visando diminuir o risco de contaminação, o município de Cascavel-PR criou, em 18 de março de 2020, o setor de teleatendimento a casos suspeitos e confirmados de Covid-19, passando a ser denominado '*Call Center Covid-19*'. Estabeleceram-se algumas unidades de saúde como referência para atendimento dos casos suspeitos da doença e, as demais, foram temporariamente fechadas. Os profissionais das unidades fechadas foram então realocados para o *Call Center*, juntamente com os residentes do PRMSF e do PRMMFC, com atribuições profissionais voltadas para o setor de triagem, telemedicina, monitoramento e gestão de documentos, auxiliando no ordenamento dos novos fluxos e na execução dos mesmos (Bastiani *et al.*, 2021).

A APS precisou se reinventar durante esse processo, tendo as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como ferramentas essenciais. Os aplicativos *WhatsApp*, *CamScanner* e a planilha do *Google Drive* foram algumas das ferramentas utilizadas para dar suporte às atividades de monitoramento dos casos relacionados à Covid-19 (Bastiani *et al.*, 2021). Outros PRMS também relataram o uso de aplicativos como o *WhatsApp* para dar suporte a grupos específicos que precisavam de

assistência como os casos de saúde mental, as questões de assistência social e as questões específicas e urgentes no cuidado com a reabilitação (Oliveira *et al.*, 2020).

Paula *et al.* (2020, p. 69) ao descreverem experiências de voluntários da área da saúde em atendimento em um Call Center Covid-19, destacaram que foi muito importante e positivo, para os envolvidos, participar do monitoramento remoto durante o período da pandemia. Não só do ponto de vista da assistência à saúde, mas pela possibilidade de desenvolver habilidades práticas que demandaram a utilização de tecnologias, e ainda “[...] possibilitou aos alunos experienciar o funcionamento do SUS, evidenciando sua importância desde a atenção básica até a hospitalar, seu papel como fonte de informação confiável e sua estratégia de contenção e prevenção da pandemia”.

Ainda no intuito de constituir medidas de promoção de saúde mental, Oliveira e Caetano (2021) relatam que um grupo de residentes, dessa área, utilizou-se de grupos em ambiente virtual para dar suporte a funcionários que estavam atuando na linha de frente da pandemia e, para pacientes em condições de vulnerabilidade. Outros recursos usados foram *Lives*, bem como a criação de páginas no *Instagram* e *Facebook* como uma forma de estabelecer novos canais de comunicação com a comunidade.

Todas essas iniciativas mostram que a pandemia proporcionou, aos residentes, capacidade de desenvolver novas habilidades e de se adaptar aos percalços decorrentes desse período. Contudo, apesar da participação ativa dos residentes no enfrentamento da pandemia, quando se analisa as propostas de formação do Programa, pode-se observar que houve perda em alguns aspectos, como nas atividades de Educação Permanente e Educação em Saúde e nas aulas teóricas.

Oliveira *et al.* (2020) relatam que os residentes se sentiram extremamente prejudicados com relação aos encaminhamentos das atividades específicas da formação, tanto na parte teórica quanto na prática. Segundo os relatos, houve a sensação de distanciamento das áreas específicas para as quais estavam se especializando devido à necessidade de remanejamento para os setores de enfrentamento ao Covid-19.

A realização de atividades coletivas, sejam elas práticas educativas, Educação Permanente em Saúde, visitas, encontros e reuniões, foi prejudicada no período de pandemia. Oliveira e Caetano (2021) expõem que, em decorrência das orientações de isolamento social, todas as atividades coletivas presenciais ficaram suspensas. As

reuniões remotas foram uma alternativa para superar esse impasse, porém, para muitos usuários, o acesso era restrito devido à falta de equipamentos digitais e de boa conexão à internet. As atividades de EPS por sua vez ficaram limitadas aos temas demandados pela pandemia, como por exemplo, o uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (Rebouças *et al.*, 2020).

Rodrigues *et al.* (2020) afirmam que, no período da pandemia da Covid-19, a comunicação se tornou ferramenta indispensável para manter relações profissionais, fortalecendo a colaboração e a cooperação profissional. Contudo, os fatores que podem obstaculizar a comunicação são vários, dentre eles sobrecarga de trabalho, falta de privacidade, falta de treinamento, especialização de profissionais atuando na mesma unidade, desfalques na equipe, diferentes idiomas e até mesmo o tempo de atuação e experiência profissional podem influenciar na comunicação entre profissionais (Witiski *et al.*, 2020).

A falta de reuniões de equipe, periódicas, também foi apontada como fator limitante por Theodosio *et al.* (2021), para os quais uma comunicação deficiente pode comprometer a qualidade dos serviços prestados, bem como aumentar os gastos em saúde, morbidade e mortalidade. Em contrapartida, o diálogo eficiente é fundamental para o bom andamento dos serviços, especialmente em períodos de estresse do sistema, como foi o caso da pandemia.

Uma das propostas dos PRMS é proporcionar espaços de interação multiprofissional e interdisciplinar no qual os profissionais trabalham juntos e também aprendem juntos e, assim, desenvolvem, desde a formação, maneiras de pensar integradas (Ceccim, 2020). Contudo, no período de pandemia, a atuação multiprofissional ficou defasada, corroborando com a propagação do trabalho hierarquizado e fragmentado, em que algumas profissões são vistas com mais relevância do que outras (Theodosio *et al.*, 2021).

Nesse sentido, não é novidade no mundo do trabalho a dificuldade de interação das demais profissões com a área médica. Algo que se observa desde o processo formativo das residências, em que o multiprofissional engloba todas as áreas de saúde, exceto a médica (Ferreira; Varga; Silva, 2009). Diante disso, os egressos do PRMSF relataram que o ambiente do *Call Center* foi um espaço promotor de interação com os residentes do PRMMFC. Isso mostra uma potencialidade do momento de pandemia que, em circunstâncias normais, não ocorreria.

Outro ponto discutido em esferas mais globais e que ficou exacerbado durante a pandemia, foi a necessidade de revisão da distribuição da carga horária dos PRMS (Oliveira, G. *et al.*, 2020; Castro; Silva; Vasconcelos, 2022). Segundo Dantas *et al.* (2020), pôde-se perceber um aumento significativo nos índices de ansiedade entre os residentes que atuaram durante o período da pandemia. Conforme os pesquisadores, esse fato pode estar relacionado à elevada jornada enfrentada pelos residentes que vivenciaram esse processo com muita intensidade.

Considerações finais

A pandemia de Covid-19 se revelou como um evento complexo que exigiu do SUS uma rápida reestruturação para responder às novas demandas. Um dos setores que mais sentiu esse impacto foi a APS. Diante das medidas sanitária adotadas, que restringiam o contato entre pessoas, boa parte das ações da APS tiveram que ser repensadas de forma a garantir o acesso universal, equânime e integral.

Da mesma forma, boa parte dos elementos propostos para os residentes do PRMSF tiveram de ser modificados e adaptados ao novo contexto. Diante desse cenário, os residentes do PRMSF foram essenciais, tanto do ponto de vista organizacional, quanto da assistência durante o enfrentamento da pandemia.

A atuação multiprofissional ficou prejudicada, uma vez que os processos de EPS e Educação em Saúde tiveram de ser suspensos. Contudo, mesmo diante desses impasses, houve oportunidade de fortalecimento das relações entre os residentes do PRMSF e, destes, com os residentes do PRMMFC.

Assim, o momento da pandemia trouxe à tona elementos já fragilizados dessa modalidade de formação como a falta de interação multiprofissional, a necessidade de revisão dos encaminhamentos metodológicos e dos conteúdos das aulas teórica. Ficou evidente que ainda é necessário avançar no planejamento e na execução das ações relacionadas à formação de recursos humanos em saúde.

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BASTIANI, Felipe G. *et al.* O uso de Tecnologia da Informação para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 em Cascavel/PR. In: SOUZA, Havena. M. S. *et al.* *Atuação dos profissionais de saúde durante a residência*. 1 ed. Triunfo -PE: Omnis Scientia, 2021. p. 50-61. DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/27-34. Disponível em: https://editora.editoraomnisscientia.com.br/ebookPDF/242100796.pdf?_ga=2.135105716.440005111.1674604578-1086651793.1674332328. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRANCHI, Aline Z. *O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional de um complexo de serviços de saúde público*. 2020. 68f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/229402>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL, Camila C.; OLIVEIRA, Pedro R. S.; VASCONCELOS, Ana P. S. M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. *Sanare*, Sobral – CE, v. 16, n. 01, p. 60-66, jan./jul. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>. Acesso em 04 ago. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel Coronavírus*, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. 1 ed. Brasília: Editora MS, 2006. 414p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 11 jul. d2021.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde 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*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. *Regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família COREMU/SESAU*. Cascavel – PR, p. 44, 2018.

CASTRO, Marina M. C.; SILVA, Letícia B.; VASCONCELOS, Ana P. S. M. Crise sanitária e desafios para as residências em saúde. In: *Formação e residências em saúde: contribuições da ABEPSS*. Brasília, DF: ABEPSS, 2022. p. 44-70. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53865/Crise%20Sanit%C3%A1ria%20e%20Desafios%20-%20Leticia%20Silva%202022.pdf?sequence=3>. Acesso em: 24 jan. 2023.

CECCIM, Ricardo B. Residências em área profissional da saúde: uma experiência brasileira de educação interprofissional e de desenvolvimento das práticas colaborativas no campo da saúde. In: CARVALHO, Maria. A. P. *et. al. De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família*. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. DOI: 10.18310/9786587180168. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

CONTERNO, Solange F. R. *Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos*. 2013. 260p. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2013. Disponível: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2319/5556.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 fev. 2023.

DANTAS, Eder S. O. *et al.* Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. (Supl 1), p.1-7, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0961>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/K38P7zLNWvsGYKsNzNKdyVF/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 24 jan. 2023.

FERREIRA, Ricardo C.; VARGA, Cássia R. R.; SILVA, Roseli F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência*

& *Saúde Coletiva*, v. 14, n. Supl. 1, p. 1421-1428, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vJNQDXqcdksx4nx7xGRrWMK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

GERMANO, Mariana F. M. *Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó Potiguar: perfil e percepção de egressos*. 2019. 66p. Dissertação (mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28332>. Acesso em: 13 dez. 2022.

KVELLER, Daniel B.; CASTOLDI, Luciana; KIJNER, Ligia C. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional. *Diaphora*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 14-19, jan./dez. 2017. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/129>. Acesso em: 28 jan. 2023.

LIMA, Micaela G. S. *et al.* Perfil e trajetória profissional dos fonoaudiólogos egressos de um programa de residência multiprofissional. *Audiology Communication Research*, v. 26, n. e2535, p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2535>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/JG765zrmP5Mz9Jz7KWn9RJM/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2022.

NASCIMENTO, Débora D. G.; OLIVEIRA, Maria A. C. A Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 435-439, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>. Acesso em: 07 out. 2021.

OLIVEIRA, Daniela S.; CAETANO, George. L. N. Residência multiprofissional em saúde mental do adulto: modos de reinventar as práticas no contexto da pandemia causada pela Covid-19. *Health Residencies Journal*, v. 2, n. 11, p. 42-61, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i11.135>. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/135>. Acesso em: 24 jan. 2023.

OLIVEIRA, Gabriela *et al.* Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba – PR, v. 6, n. 11, p.90068-90083, 2020. DOI: DOI:10.34117/bjdv6n11-425. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/20158>. Acesso em: 24 jan. 2023.

OLIVEIRA, Maria A. B. *et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 142-150, jun. de 2020. DOI: DOI 10.14295/aps.v2i2.96. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/96/64>. Acesso em: 24 jan. 2023.

PAULA, Isabela C. S. F. *et al.* Ação voluntária em Call Center Covid-19: relato de experiência de acadêmicos da saúde. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, v. 4, n. 2, p. 61-70, ago./dez.2020. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/108891/59845>. Acesso em: 19 fev. 2023.

REBOUÇAS, Ellys R. N. *et al.* Residência Multiprofissional: contribuições durante a pandemia. *Cadernos ESP. Ceará*, v. 14, n. 1 Edição especial, p. 128-132, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/365/225>. Acesso em: 24 jan. 2023.

RODRIGUES, Maria E. N. G. *et al.* Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Investigación y Educación Enfermería*, Medellín, v. 38, n. 3, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09>. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/download/344390/20804130?inline=1>. Acesso em: 24 jan. 2023.

SILVA, Lais S.; NATAL, Sônia. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois Programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1-22, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2023.

SILVA, Lais. S. *Residências Multiprofissionais em Saúde: uma proposta de instrumento de avaliação*. 2018. 151p. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/>. Acesso em: 07 out. 2021.

THEODOSIO, Brenda. A. L. *et al.* Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 33998-34016, abr. 2021. DOI:10.34117/bjdv7n4-044. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27554>. Acesso em: 13 dez. 2022.

VASCONCELOS, Maristela I. O. *et al.* Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl. 2, p. 53-77, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00080>. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1262/443>. Acesso em: 30 jan. 2023.

WITISKI, Mateus. *et al.* Barreiras de comunicação: Percepção da equipe de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 18, n. 3, p. 1-10, 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988/751375140140>. Acesso em: 24 jan. 2023.

6. CONCLUSÕES GERAIS DA DISSERTAÇÃO

A formação de recursos humanos em saúde é uma temática ampla que vem acompanhando os desdobramentos históricos e políticos da sociedade e da organização de práticas assistenciais. No Brasil, um dos principais marcos do cuidado em saúde foi a criação do SUS que, dentre suas atribuições, é responsável pela formação de recursos humanos para atuar em conformidade com seus princípios. Os Programas de Residência surgem, portanto, como uma ferramenta para promover a necessária formação e qualificação da prática profissional.

A partir desta pesquisa com egressos, pôde-se verificar que, entre as motivações que os levaram a procurar o Programa, estavam a busca por aprimorar os conhecimentos e práticas adquiridos na graduação, no campo da saúde coletiva; a busca por vivenciar, de maneira prática, os conceitos de saúde pública na APS, bem como, buscavam possuir um vínculo empregatício.

Por ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a APS é o ramo mais capilarizado do cuidado. Aquele que mais se aproxima da realidade dos sujeitos assistidos. Portanto, exige dos profissionais uma formação específica que contemple a capacidade de gerir situações de alta complexidade com baixa densidade tecnológica. Evoca a necessidade de avaliar os indivíduos em suas particularidades e entender que a saúde passa por determinantes e condicionantes que, por vezes, fogem ao aspecto biológico de determinada patologia e demandam atuação multiprofissional para uma abordagem mais direcionada.

Evidenciou-se no processo formativo do Programa de Residência em questão, potencialidades e fragilidades, tanto do ambiente interno do programa quanto do externo. Como potencialidades, destacaram-se a oportunidade gerada pelo Programa para interação multiprofissional entre as categorias e, a riqueza dos diferentes cenários de prática proporcionando diversidade de ensinamentos em realidades distintas. A residência foi vista também como capacitante para a atuação no SUS e facilitadora da inserção no mundo do trabalho.

A formação multiprofissional se apresenta potente pois permite um olhar ampliado sobre as demandas de saúde que considerem o indivíduo em sua totalidade, sob a ótica de diferentes profissões. Uma vez compreendida a complexidade dos eventos de saúde, ela proporciona uma atuação mais assertiva, em que cada profissão, sem deixar as suas especificidades, complementa a outra.

Em contrapartida, apontou-se como fragilidades a falta de conexão entre alguns assuntos trabalhados em aulas teóricas e as vivências nos cenários de prática, a necessidade de melhor desenvolvimento e planejamento das atividades em equipe multiprofissional e de EPS e, uma melhor distinção entre os papéis de coordenadores, tutores e preceptores. Além disso, a dificuldade de inserção no mundo do trabalho e a falta de valorização da formação também foram pontuadas.

A EPS é considerada uma ferramenta importante da formação profissional pois se propõe a instrumentalizar os trabalhadores para uma assistência, cujo foco é a real demanda de saúde existente, em que as ações partem da realidade e são destinadas a ela. Contudo, nesta pesquisa ela foi entendida como uma fragilidade do processo formativo. Isso aponta para a necessidade de melhor compreensão dos conceitos e da aplicabilidade da EPS.

Dada a sua característica de educação em serviço, esta modalidade de formação é diretamente influenciada pelo meio no qual está situada, por isso, uma vez que a pandemia de Covid-19 se apresentou como um desafio para o sistema de saúde, conseqüentemente também o foi para os residentes. O momento da pandemia dificultou o desenvolvimento de atividades grupais, de EPS e de Educação em Saúde. No entanto, foi nesse mesmo contexto que os residentes tiveram espaço para interagir com os colegas da área médica e da própria residência multiprofissional, além de serem peças-chaves na organização e no desenvolvimento das atividades demandadas no período pandêmico.

Os resultados do estudo revelam que a formação ofertada tem o potencial de cumprir com suas finalidades no que diz respeito a refinar os conhecimentos adquiridos na graduação, a proporcionar vivências e práticas multiprofissionais e a qualificar profissionais para atuar no SUS. Porém, é preciso destacar que são muitos ainda os entraves ao desenvolvimento pleno das potencialidades dos Programas de Residência, ressaltando-se a necessidade de maiores discussões a respeito do tema, tanto nas instâncias internas dos Programas, quanto nas esferas de planejamento e gestões estadual e federal.

10. REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N., JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JyKgdKvY95YW5QMnz5RkMZw/>. Acesso em: 19 jan. 2022.

AMANCIO-FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ctDyP3jfgtTWyCbDRvQsvXq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2017.v21n62/601-613/pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

ARNEMANN, C. T. *et al.* Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, Suppl 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/>. Acesso em: 07 out. 2021.

BAQUIÃO, A. P. S. S. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 187-196, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919/3391>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BASTIANI, F. G. *et al.* O uso de Tecnologia da Informação para o enfrentamento à

pandemia da COVID-19 em Cascavel/PR. *In*: SOUZA, H. M. S. *et. al.* **Atuação dos profissionais de saúde durante a residência**. 1 ed. Triunfo -PE: Omnis Scientia, 2021. Disponível em:
https://editora.editoraomnisscientia.com.br/ebookPDF/242100796.pdf?_ga=2.135105716.440005111.1674604578-1086651793.1674332328. Acesso em: 24 jan. 2023.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. *In*: FONSECA, A. F; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 51-86. Disponível em:
http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos_dihsadmin/Batistella,_Carlos_-_Abordagens_Contempor%C3%A2neas_do_Conceito_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

BERNARDO, M. S. *et al.* A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/DgtKYSzzJxLvkwg5PWdcS6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

BEZERRA, T. C. A. *et. al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-472, maio/ago. 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/njVZk43Zn5P9CLrs9pDSKBM/?format=pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BITENCOURT, R. R. *et. al.* O processo de formação em saúde: uma análise dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias. **Saberes plurais: educação na saúde**, v. 4, n. 1, p. 62-78, ago. 2020. Disponível em:
<https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/102022/57926>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 3, p 363 – 373, 2008. Disponível:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKFv9VMkyBdtqGfLYMv/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BRANCHI, A. Z. **O perfil dos egressos da Residência Multiprofissional de um complexo de serviços de saúde público**. 2020. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/229402>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL, C. C.; OLIVEIRA, P. R. S.; VASCONCELOS, A. P. S. M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **Sanare**, Sobral – CE, v. 16, n. 01, p. 60-66, jan./jul. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. 1 ed. Brasília: Editora MS, 2002, 31p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 198/GM em 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente; conceitos e caminhos a percorrer**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, 36p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. 1 ed. Brasília: Editora MS, 2006, 414p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde 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**, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012b. Seção 1, p. 59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos

profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Seção 1, p. 44. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 33, de 22 de janeiro de 2018. Divulga lista dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do Edital SGTES/MS nº 11, de 27 de novembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Portaria nº 10, de 11 de fevereiro de 2020. Divulga a lista dos Programas de Residência em Área da Saúde (modalidades Uniprofissional e Multiprofissional) em Atenção Básica/ Saúde da Família que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do edital nº 2, de 16 de janeiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em

comissão e funções de confiança. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11098.htm#art8. Acesso em 06 nov. 2022.

BRUNHOLI, G. N. **Caminhando pelo fio da história: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS**. 2013. Dissertação (mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória: 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1284/1/Dissertacao%20Gislene%20do%20Nascimento%20Brunholi.pdf>. Acesso em 06 nov. 2022.

CAPONI, S. A Saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-350310>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. S. A residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 1-19. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>. Acesso em 20 ago. 2022.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CARVALHO, M. A. P.; LAGO, R. F. Os 15 anos de ousadia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: histórico, marco legal, experiência e desafios. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

CASCAVEL. Lei nº 6.708, de 06 de abril de 2017. Autoriza o Poder Executivo Municipal a aderir aos programas de “Mais Médicos para o Brasil”, “Residência Médica” e “Residência Multiprofissional” e dá outras providências. **Órgão Oficial Eletrônico do Município de Cascavel**, Cascavel, PR, 2017. Disponível em: www.LeisMunicipais.com.br. Acesso em: 04 ago. 2021.

CASCAVEL. Lei nº 6.988, de 10 de maio de 2019. Institui os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em área de saúde e dá outras providências. **Órgão Oficial Eletrônico do Município de Cascavel**, Cascavel, PR, 2019. Disponível em: www.LeisMunicipais.com.br. Acesso em: 11 jul. 2021.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residências Multiprofissional em Saúde da Família**. Cascavel – PR, 2020.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família COREMU/SESAU**. Cascavel – PR, p. 44, 2018.

CASTRO, M. M. C. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 349-360, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/14429/10745>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CASTRO, M. M. C.; SILVA, L. B.; VASCONCELOS, A. P. S. M. Crise sanitária e desafios para as residências em saúde. *In*: **Formação e residências em saúde: contribuições da ABEPSS**. Brasília, DF: ABEPSS, 2022. p. 44-70. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53865/Crise%20Sanit%C3%A1ria%20e%20Desafios%20-%20Leticia%20Silva%202022.pdf?sequence=3>. Acesso em: 24 jan. 2023.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://cursos.unipampa.edu.br/cursos/progesus/files/2011/04/CECCIM-e-FEUERWERKER.2004.-O-Quadril%C3%A1tero-EPS3.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

CECCIM, R. B. Residências em área profissional da saúde: uma experiência brasileira de educação interprofissional e de desenvolvimento das práticas colaborativas no campo da saúde. *In*: CARVALHO, M. A. P. *et. al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Acesso em:

<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

CONTERNO, S. F. R. **Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil**: origens históricas e fundamentos teóricos. 2013. 260p. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2319/5556.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 fev. 2023.

CUNHA, A. J. L. A. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. *In*: RIBEIRO, V. M. B. (Org). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011. p. 77-82. Disponível em: https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2018/02/formacao_pedagogica_de_preceptores_do_ensino_em_saude.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

CUNHA, Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. *In*: X Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2013, Rio de Janeiro. **[Anais]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013, p. 1-12. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

DANTAS, E. S. O. *et al.* Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n.(Supl 1), p.1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/K38P7zLNWvsGYKsNzNKdyVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

E-GESTOR. **Cobertura da AB**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=9wj7fjEQSAWPkB7-gyqPb7ab>. Acesso em: 03 out. 2021.

FERIGOLLO, J. P.; KESSLER, T. M. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional – prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 2, p. 147-158, Mar./Abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/3NXWwWJjgjjrHRsszwpJsGJ/?format=pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

FERNANDES, D. R. Uma Visão Sobre a Análise da Matriz SWOT como Ferramenta para Elaboração da Estratégia. **UNOPAR Científica Ciências Jurídicas e**

Empresariais, Londrina, v. 13, n. 2, p. 57-68, set. 2012. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/juridicas/article/view/720>. Acesso em: 13 dez. 2022.

FERRAZ, *et al.* Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1488>. Acesso em: 01 out. 2021.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl. 1, p. 1421-1428, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vJNQDXqccksx4nx7xGRrWMK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-41148>. Acesso em: 04 ago. 2021.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em debate**, v. 33, n. 83, p. 380-389, set./dez. 2009. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/uma-introdu%C3%A7%C3%A3o-conceitual-%C3%A0-determina%C3%A7%C3%A3o-social-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 01 out. 2021.

FLOR, T. B. M. *et al.* Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 281-290, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ySNmCLg9L9NWRHm7g6tpkxx/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

FLOR, T. B. M. **Formação e inserção profissional de residentes multiprofissionais egressos de Programas voltados à Atenção Básica**. 2021. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32942>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GALEA, S.; KRUK, M. E. Forty Years After Alma-Ata: At the Intersection of Primary Care and Population Health. **Milbank Quarterly**, v. 97, n. 2, p. 383-386, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6554504/pdf/MILQ-97-383.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

GERMANO, M. F. M. **Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó Potiguar: perfil e percepção de egressos**. 2019. Dissertação (mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28332>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7 ed. Barueri/SP: Atlas, 2022.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA *et. al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf. Acesso em: 01 set. 2022.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qsZB6yqSt4NCKfbWSsJrL5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

IBGE. **Panorama de Cascavel – PR/Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>. Acesso em: 04 ago. 2021.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE CASCAVEL. Geocascavel – Busca por “territorialização saúde, UBS, USF”. Disponível em: <https://geocascavel.cascavel.pr.gov.br/geo-view/index.ctm>. Acesso em: 06 nov. 2022.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 6-12 September 1978, Alma-Ata: URSS. Declaration of Alma-Ata. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>. Acesso em: 14 jul. 2021.

KVELLER, D. B.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 14-19, jan./dez. 2017. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/129>. Acesso em: 28 jan. 2023.

LAGO, L. P. M. **Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio-clínica**. 2019. Tese (doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-195614/pt-br.php>. Acesso em: 18 fev. 2023.

LIMA, J. V. C. *et. al.* A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DsXKsTjZpGVYJH5JbRV7Lsp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

LIMA, M. G. S. *et al.* Perfil e trajetória profissional dos fonoaudiólogos egressos de um programa de residência multiprofissional. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 26, n. e2535, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/JG765zrmP5Mz9Jz7KWn9RJM/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LIMA, N. T. Residências são uma modalidade diferenciada de formação. Agência de Notícias da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/resid%C3%AAsncias-s%C3%A3o-uma-modalidade-diferenciada-de-forma%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 02 fev. 2023.

LIMA, N. T. Uma metamorfose exemplar: a qualificação para o sus na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. In: CARVALHO *et. al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Acesso em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. A importância do estudo com egressos na avaliação de programas. In: LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. **Estudos com estudantes egressos: concepções e possibilidades metodológicas na avaliação de programas**. 1 ed. Salvador: EDUFBA, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6214/1/Estudo%20com%20egressos.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3. Brasília, 2006. p. 13- 28. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. 8 reimpr. São Paulo: Atlas, 2015.

MATOS; I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>. Acesso em: 15 de abril de 2023.

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 435- 442, 2010. Disponível em: <http://www.revista2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 01 out. 2021.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2002. Disponível em: <https://vdocuments.net/pesquisa-social-teoria-metodo-e-criatividade-5671cec9247a8.html>. Acesso em: 08 ago. 2021.

MONTENEGRO, L.; BEZERRA, T. Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação. *In*: CARVALHO, M. A. P. *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

NASCIMENTO, B. F. *et al.* A formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: reflexões a partir de uma experiência em coletivo. *In*: CARVALHO, M. A. P. *et al.* **De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 435-439, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>. Acesso em: 07 out. 2021.

NETO-MIRANDA, M. V. **Limites e Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde para a Educação Interprofissional**. 2015. Dissertação (metrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13052015-125610/pt-br.php>. Acesso em: 18 fev. 2023.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em Saúde. **Revista América Latina: Experiências e Desafios**, v.17, n. 3, p. 61-70, jul./set. 1983. Disponível em: <file:///C:/Users/evely/Downloads/admin,+10660-24357-1-CE.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2022.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**, Brasília, 2002, p. 31-44. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politrh.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

OLIVEIRA, D. S.; CAETANO, G. L. N. Residência multiprofissional em saúde mental do adulto: modos de reinventar as práticas no contexto da pandemia causada pela Covid-19. **Health Residencies Journal**, v. 2, n. 11, p. 42-61, 2021. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/135>. Acesso em: 24 jan. 2023.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/2996>. Acesso em: 03 out. 2021.

OLIVEIRA, G. *et al.* Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba – PR, v. 6, n. 11, p.90068-90083, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/20158>. Acesso em: 24 jan. 2023.

OLIVEIRA, J. B. *et al.* Influência da Residência Multiprofissional na vida profissional de egressos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 6, n. 1, p.122-139, jul. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320177115_Influencia_da_residencia_multi_profissional_na_vida_profissional_de_egressos. Acesso em: 13 dez. 2022.

OLIVEIRA, M. A. B. *et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 142-150, jun. de 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/96/64>. Acesso em: 24 jan. 2023.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. Educação profissional em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2. ed. Ver.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/eduprosau.html>. Acesso em: 28 abr. 2022.

PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7GxPJFkjjmcZfTVfSPfjSxJ/?lang=pt>. Acesso em: 15 de abril de 2023.

POLIT, D. BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidência para a prática da enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

REBOUÇAS, E. R. N. *et. al.* Residência Multiprofissional: contribuições durante a pandemia. **Cadernos ESP. Ceará**, v. 14, n. 1 Edição especial, p. 128-132, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/365/225>. Acesso em: 24 jan. 2023.

RODRIGUES, M. E. N. G. *et al.* Communication in health work during the COVID-19 pandemic. **Investigación y Educación Enfermería**, Medellín, v. 38, n. 3, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/download/344390/20804130?inline=1>. Acesso em: 24 jan. 2023.

RODRIGUES, R. M. **Formação de profissionais e Sistema Único de Saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Evangraf, 2017. E-book. Disponível em: https://issuu.com/rosamariarodrigues5/docs/livro_sus_rosa_maria_rodrigues. Acesso em: 07 out. 2021.

RODRIGUES, R. M.; MORAES, A. C.; SILVA, G. F. Educação Permanente e Sistema Único de Saúde. **Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 7, n. 1, p.7-8, 2021. Acesso em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/27907/17661>. Acesso em: 01 set. 2022.

SALES, O. P. *et. al.* O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/issue/view/61>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

SANTOS-FILHO, E. J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 129-149, dez. 2016. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2245>. Acesso em: 03 out. 2021.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

SEIXAS, P. H. D. Os Pressupostos para a Elaboração do Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**, Brasília, 2002, p. 100-113. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politrh.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, out./dez. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n123/1240-1258/pt>. Acesso em: 03 out. 2021.

SILVA, C. T. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/04.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois Programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1-22, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2023.

SILVA, L. S. **Residências Multiprofissionais em Saúde: uma proposta de instrumento de avaliação**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/>. Acesso em: 07 out. 2021.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 157-166, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/xdRBHKycxFSV3jtFMDZYhxS/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dmmccQkyjbrC9HLkBdTkjnG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o progresso de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. Dissertação (mestrado em Administração de Saúde – Área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: https://bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 15 de abril de 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1 ed. Brasília: UNESCO, 2002, 726p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 01 set. 2022.

THEODOSIO, B. A. L. *et al.* Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 33998-34016, abr. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27554>. Acesso em: 13 dez. 2022.

VASCONCELOS *et al.* Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por Indicadores. **Trabalho, Educação, Saúde**, v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/y7VYGQF6R4KXvTBgnNNRW4b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Aplicação da Matriz Swot: tecnologia para a gestão do trabalho na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, p. 1- 13, 2022. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4244>. Acesso em: 13 dez. 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zJkQrDPVcBSh94b3N6c8Scm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Formação de Recursos Humanos em Saúde No Brasil: Uma Revisão Integrativa. **Educação em Revista**, v. 30, n. 01, p. 215-244, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/k8YyDJMJggpSK33Fc4HmqPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021

WITISKI, M. *et al.* Barreiras de comunicação: Percepção da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988/751375140140>. Acesso em: 24 jan. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

INSTRUÇÕES AOS AVALIADORES:

- 1) Leia as questões do formulário;
- 2) VOCÊ NÃO PRECISA responder as questões;
- 3) Após a leitura das questões, ao final dessa seção haverá um espaço que solicitará a sua avaliação, no sentido de indicar se as questões contemplam o domínio Perfil e suas categorias, bem como, se o conteúdo das questões possui clareza, pertinência e relevância;

A) CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- 1- Iniciais do nome: Código:
- 2- Gênero:
- 3- Idade:
- 4- Graduação cursada: Ano de conclusão:
- 5- Formou-se em instituição:
 Pública Privada
- 6- Turma da residência:
 2018-2020 2019-2021
- 7- Quanto tempo após o término da graduação ingressou no PRMSF?
- 8- Qual foi sua motivação em procurar o PRMSF?
- 9- Após a formação realizada no PRMSF fez outra formação? (especialização, aperfeiçoamento, mestrado)

AVALIAÇÃO das questões do DOMÍNIO CARACTERIZAÇÃO (questões de 1 a 9).

Nesta seção, as questões do formulário visam identificar as características sociodemográfica/econômicas e a formação e atuação profissional atual.

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

As Questões 1 a 9:	-1	0	1
Permitem caracterizar o perfil do participante sem identificá-lo/distingui-lo			
Permitem caracterizar a formação acadêmica dos participantes			

Permitem caracterizar a atuação profissional atual			
Possuem Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
São Pertinentes: Possuem relação direta ao que se objetiva avaliar			
São relevantes: Possuem centralidade para identificar o que se propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

B) FORMAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

10- Antes da residência já havia vivenciado alguma experiência de atuação no SUS? E com a APS? Em caso afirmativo, percebe mudança na sua atuação após a residência?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 10:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

11- Os conteúdos das aulas teóricas tinham relação com as atividades do cotidiano na USF?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 11:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			

É relevante: Possui centralidade para identificar o que se propõem			
--	--	--	--

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

12- Relate sobre a sua interação com as outras duas categorias profissionais que compõem o quadro da residência. Como acontecia? Em quais momentos ou espaços?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 12:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que se propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

13- Houve contribuição das outras áreas profissionais no desenvolvimento de habilidades inerentes à sua profissão?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 13:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que se propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

14- Quanto aos cenários de prática (Centro de Saúde, Rede de Urgência e Emergência no que se aplicam à APS, domicílios, escolas, associações comunitárias, dentre outros) indique como colaboraram na sua formação para a atuação na ESF.

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 14:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

15- Você avalia que o Programa de Residência oportunizou uma formação “multiprofissional”?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 15:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

16- Sobre a estratégia “Educação Permanente em Saúde”: Vivenciou no PRMSF? Como e em quais momentos?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 16:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

17- Após a formação no PRMSF, indique o quanto sente-se preparado(a) para o desempenho de atividades no SUS, com base nos pressupostos e diretrizes da APS e da ESF.

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 17:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

C) ATUAÇÃO

18- Atualmente, encontra-se atuando com algum vínculo com o SUS?

() sim () não

18.1 Em caso afirmativo: Percebe-se utilizando o que aprendeu na residência?

(Acolhimento, redes de cuidado, integralidade, interdisciplinaridade).

Em caso afirmativo, de que forma?

18.2 Em caso negativo: Por quê? (Não conseguiu fazer concurso? Não optou pela atuação...)

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 18 e desdobramentos: 18.1 e 18.2:	-1	0	1
Possuem Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
São Pertinentes: Possuem relação direta ao que se objetiva avaliar			
São relevantes: Possuem centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

19- Como foi a sua inserção no mundo do trabalho após a residência? Percebeu alguma contribuição do PRMSF nesse processo?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 19:	-1	0	1
---------------	----	---	---

Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

20- Você avalia que o programa de residência é devidamente reconhecido e valorizado no mundo do trabalho?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 17:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

21- Sugere algum ponto de melhoria no processo formativo da residência?

Valoração: -1 Inadequada 0 nem inadequada, nem adequada 1 Adequada

A questão 21:	-1	0	1
Possui Clareza: Forma inteligível e de fácil compreensão			
É Pertinente: Possui relação direta ao que se objetiva avaliar			
É relevante: Possui centralidade para identificar o que propõem			

Caso tenha assinalado a opção -1 ou 0, descreva o motivo pelo qual considerou esses itens e, se julgar necessário, faça sugestões:

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****A) CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

1- Iniciais do nome:

Código:

2- Gênero:

3- Idade:

4- Graduação cursada:

Ano de conclusão:

5- Formou-se em instituição:

 Pública Privada

6- Turma da residência:

 2018-2020 2019-2021

7- Quanto tempo após o término da graduação ingressou no PRMSF?

8- Qual foi sua motivação em procurar o PRMSF?

9- Após a formação realizada no PRMSF fez outra formação? (especialização, aperfeiçoamento, mestrado)

10- Atualmente encontra-se atuando em sua área de formação?

B) FORMAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

11- Antes da residência já havia vivenciado alguma experiência de atuação no SUS? E com a APS? Em caso afirmativo, percebe mudança na sua atuação após a residência?

12- Os conteúdos das aulas teóricas tinham relação com as atividades do cotidiano na USF?

13- Relate sobre a sua interação com as outras duas categorias profissionais que compõem o quadro da residência. Como acontecia? Em quais momentos ou espaços?

14- Houve contribuição das outras áreas no desenvolvimento de habilidades inerentes à sua profissão?

15- Quanto aos cenários de prática (Centro de Saúde, Rede de Urgência e Emergência, domicílios, escolas, associações comunitárias, dentre outros, nos aspectos/fatores - que se relacionam à APS) indique como colaboraram na sua formação para a atuação na ESF.

16- Você avalia que o Programa de Residência oportunizou uma formação “multiprofissional”?

17- Sobre a estratégia “Educação Permanente em Saúde”: vivenciou no PRMSF? Como e em quais momentos?

18- Após a formação no PRMSF indique o quanto sente-se preparado(a) para o desempenho de atividades no SUS, com base nos pressupostos e diretrizes da APS e da ESF.

C) ATUAÇÃO

19- Atualmente, encontra-se atuando com algum vínculo com o SUS?

() sim () não

19.1 Em caso afirmativo: Percebe-se utilizando o que aprendeu na residência? (Acolhimento, redes de cuidado, integralidade, interdisciplinaridade).

Em caso afirmativo, de que forma?

19.2 Em caso negativo: Por quê? (Não conseguiu fazer concurso? Não optou pela atuação...)

20- Como foi a sua inserção no mundo do trabalho após a residência? Percebeu alguma contribuição do PRMSF nesse processo?

21- Você avalia que o programa de residência é devidamente reconhecido e valorizado no mundo do trabalho?

22- Sugere algum ponto de melhoria no processo formativo da residência?

APÊNDICE C

1



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: O processo formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na ótica de egressos

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°

Pesquisadoras para contato:

Évelyn Farias - Telefone: (45) 99842-1753

Solange de Fátima Reis Conterno – Telefone: (45) 99107-1098

Endereço de contato (Institucional): Rua Universitária 1619, Universitário, Cascavel-PR

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem por objetivo geral avaliar, sob a ótica dos egressos, se a formação ofertada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Cascavel-PR tem qualificado a atuação profissional na Atenção Primária à Saúde de acordo com os princípios do SUS e, como objetivos específicos: Caracterizar o percurso formativo e atuação profissional dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Registrar e analisar a percepção dos egressos sobre o papel da Educação Permanente em Saúde na atuação dos profissionais de saúde; Verificar qual o potencial do processo de formação da residência multiprofissional na intervenção profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento dos princípios do SUS.

Espera-se colaborar com as discussões a respeito da formação de profissionais para este contexto e produzir subsídios para planejar ações de fortalecimento ou adequação dessa modalidade de formação, na busca pelo fortalecimento do SUS. Para que isso ocorra você será submetido a uma entrevista *online*. Durante a execução do projeto, os participantes poderão se sentirem desconfortáveis ao responderem as questões da entrevista. Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadoras, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível,

deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadoras garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém duas (2) páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____

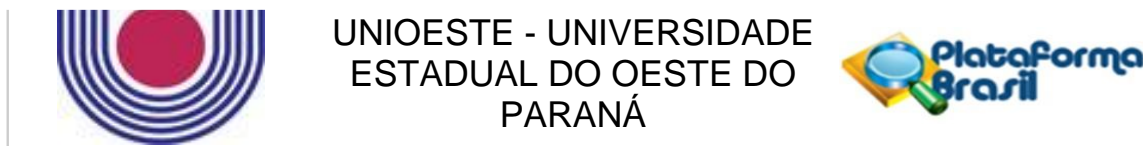
Assinatura: _____

Eu, Évelyn Farias/Solange de Fátima Reis Conterno declaramos que fornecemos todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Assinatura do pesquisador

Cascavel, _____ de fevereiro de 2022.

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO FORMATIVO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE EGRESSOS

Pesquisador: EVELYN FARIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54093821.2.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.164.054

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, onde serão entrevistados egressos de um Programa de Residência

Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Os domínios do instrumento incluirão: a caracterização dos participantes, a formação no PRMSF e a atuação profissional. Intenciona-se saber quais são as potencialidades e fragilidades dessa modalidade de formação para que se possa contribuir com as discussões a respeito do processo de formação de recursos humanos em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar, sob a ótica dos egressos, se a formação ofertada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Cascavel-PR tem qualificado a atuação profissional na Atenção Primária à Saúde de acordo com os princípios do SUS.

Objetivo Secundário: Caracterizar o percurso formativo e atuação profissional dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Registrar e analisar a percepção dos egressos sobre o papel da Educação Permanente em Saúde na atuação dos profissionais de saúde; Verificar qual o potencial do processo de formação da residência multiprofissional na intervenção profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento dos princípios do SUS.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 5.164.054

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possível constrangimento ao responder as questões do roteiro de entrevista, possível quebra de sigilo das informações contidas nas entrevistas. Buscar-se-à evitar os riscos destacados.

Benefícios: Contribuir com as discussões a respeito da formação ofertada pela modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Dar subsídios para a problematização de quão efetivas têm sido as ações do MS/MEC no que tange à formação de recursos humanos em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial da disciplina de Seminários I.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1866224.pdf	02/12/2021 20:29:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Assinado.PDF	02/12/2021 20:23:40	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	01/12/2021 21:33:23	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	AnexoII_autorizacao_campo.pdf	01/12/2021 21:32:49	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	Oficio_Autorizacao_campo_Pesquisa.pdf	01/12/2021 21:32:19	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnexoI_Formulario_pesquisa.pdf	01/12/2021 21:25:39	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISA_NAO_INICIAL.pdf	01/12/2021 21:23:50	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 5.164.054

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	01/12/2021 21:23:35	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	01/12/2021 21:19:26	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 14 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO II

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/submission/wizard/2?submissionId=2268#step-2>. The page is titled "Submeter um artigo" and is part of a 5-step wizard. The current step is "4. Confirmação". The main content area displays the following text:

Submissão completa

Obrigado pelo seu interesse em publicar com Trabalho, Educação e Saúde.

O que acontece a seguir?

O periódico foi notificado de sua submissão e uma mensagem de confirmação foi enviada para o seu e-mail cadastrado. Assim que um dos editores revisar sua submissão, ele entrará em contato.

Por enquanto, você pode:

- [Revisar esta submissão](#)
- [Criar uma submissão](#)
- [Voltar para seu painel](#)

The browser's address bar shows the URL, and the top navigation bar includes "Trabalho, Educação e Saúde", "Tarefas 0", "Português (Brasil)", "Ver o Site", and the user name "evelynfarias". The bottom right corner of the browser window shows the time "23:00" and the date "05/03/2023".