UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCIÊNCIAS E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO

**GILSON FERNANDES DA SILVA**

# PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS CURSOS NO BRASIL

CASCAVEL – PARANÁ
(Maio/2024)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCIÊNCIAS E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO

**GILSON FERNANDES DA SILVA**

# PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS CURSOS NO BRASIL

TESE apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Doutorado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Biociências e Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues.

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

CASCAVEL – PARANÁ
(Maio/2024)

# FICHA CATALOGRÁFICA

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

Fernandes da Silva, Gilson
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS CURSOS NO BRASIL / Gilson Fernandes da Silva; orientadora Rosa Maria Rodrigues. -- Cascavel, 2024.
117 p.

Tese (Doutorado Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2024.

1. . I. Rodrigues, Rosa Maria, orient. II. Título.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

unioeste
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Reitoria
CNPJ 78.680.337/0001-84
Rua Universitária, 1619, Jardim Universitário
Tel.: (45) 3220-3000 - www.unioeste.br
CEP: 85819-110 - Cx. P.: 701
Cascavel - PARANÁ

PARANÁ

## GILSON FERNANDES DA SILVA

Programas de residência multiprofissional em saúde da família: Potencialidades e desafios dos cursos no Brasil.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Doutor em Biociências e saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Práticas e políticas de saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

gov.br Documento assinado digitalmente
ROSA MARIA RODRIGUES
Data: 18/06/2024 15:13:06-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Orientador(a) - Rosa Maria Rodrigues
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

gov.br Documento assinado digitalmente
SOLANGE DE FATIMA REIS CONTERNO
Data: 02/06/2024 20:34:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Solange de Fatima Reis Conterno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

gov.br Documento assinado digitalmente
BEATRIZ ROSANA GONCALVES DE OLIVEIRA TOS
Data: 31/05/2024 09:29:30-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

gov.br Documento assinado digitalmente
DANIELLE ABDEL MASSIH PIO
Data: 23/05/2024 19:19:50-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Danielle Abdel Massih Pio
Faculd[illegible]EMA)

gov.br Documento assinado digitalmente
DEBORA DUPAS GONCALVES DO NASCIMENTO
Data: 22/05/2024 13:52:06-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (FIOCRUZ)

Cascavel, 21 de maio de 2024

## DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, José Francisco da Silva e Avelina Fernandes da Silva, por todo apoio e incentivo aos estudos.

Ao meu companheiro, Julian K. Ozório, que sempre me apoiou e compreendeu as minhas ausências para o desenvolvimento do Doutorado.

À minha amiga, Eliane Giacomelli, pela presença, apoio e estímulo.

Aos Coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que, constantemente, lutam por uma formação com vistas à qualificação de profissionais, para atuarem no Sistema Único de Saúde, de forma a desenvolverem sua prática profissional na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por colocar as pessoas certas nessa trajetória, pela força dada a mim principalmente nos momentos de desânimo e cansaço.

Aos que me incentivaram a aceitar o desafio de iniciar o Doutorado.

Aos docentes do Programa e aos colegas, por todo o compartilhamento de saberes e vivências.

Aos Coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, que acreditaram nesta pesquisa, bem como dispuseram seu tempo e suas experiências para compor esse riquíssimo resultado.

À Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), na pessoa da Bianca Michelon, por todo suporte e encaminhamentos para que a pesquisa fosse autorizada em âmbito nacional com os Coordenadores de programas.

À minha orientadora, Profª Dra. Rosa Maria Rodrigues, por ser inspiração, acolhedora, atenciosa e ser presença constante na condução e orientação desse trabalho.

Aos docentes e aos colegas do doutorado, pelas contribuições durante a formação, por todo o compartilhamento de saberes e vivências, em especial, às Profªs e bancas Dra. Solange de Fátima Reis Conterno, Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e Profa. Dra. Claudia Silveira Viera, por andarem ao nosso lado, e às bancas, Dra. Danielle Abdel Massih Pio e Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, pelo aceite e contribuições como banca examinadora. À Profa. Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon, banca suplente externa pelo aceite e disposição.

À colega, Márcia Cristina Dalla Costa, pela troca de experiências, apoio e dicas durante todo o percurso do Doutorado.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR, residentes, preceptores, tutores, profissionais do SUS, que me incentivam a buscar e a melhorar cada vez mais.

A todos, muito obrigado!

## EPÍGRAFE

“Nunca, jamais desanimeis, embora venham ventos contrários”.
(Santa Paulina)

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.
(Paulo Freire)

## APRESENTAÇÃO

O Autor Gilson Fernandes da Silva é graduado em Enfermagem pela Universidade Paranaense (UNIPAR/Cascavel) (2009), Especialização em Enfermagem do Trabalho e Saúde Ocupacional (2011), Especialização em Emergências Pré-hospitalares e UTI (2012). Mestrado em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Cascavel-Paraná (2016). Especialização em Preceptoria no SUS - Sírio Libanês (2017). Aperfeiçoamento em Gestão de Programas de Residência em Saúde no SUS com Ênfase em Residência Médica e Residência em área Profissional da Saúde - Sírio Libanês (2017). Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde - UFF/RJ (2018). Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - UFRN (2019). Especialização em Saúde da Família - Faculdade Única (2019) e Doutor em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) em maio de 2024.

Desde 2012, é servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel como enfermeiro. Em 2014, implantou e coordenou o Núcleo de Educação Permanente em Saúde na Divisão Gestão de Pessoas; em 2017, implantou e gerenciou a Divisão de Ensino e Pesquisa e, posteriormente, em 2018, coordenou a criação da Escola de Saúde Pública Municipal e dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família para as áreas de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social, exercendo as funções de Gerente da Escola de Saúde Pública Municipal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cascavel/PR. Ainda no mesmo ano, auxiliou a abertura do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Exerceu a função de Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (COREMU), no período de 2018 – 2023. Atualmente, é Coordenador, Tutor e Preceptor do eixo específico da Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. Desde 2021, integra o Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASis), do Ministério da Educação, para Autorização, Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento de Cursos de Graduação.

No período de 2003 a 2018, atuou na Universidade Paranaense – UNIPAR/Campus Cascavel, nas funções de Auxiliar de Laboratório de Saúde; Técnico em Laboratório de Saúde; Enfermeiro; Docente e Coordenador do Colegiado de Enfermagem.

## RESUMO

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), uma forma de integração ensino-serviço, visam à formação dos profissionais de saúde para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta pesquisa teve por objetivo problematizar e analisar os desafios e potencialidades dos PRMSF à formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido em âmbito nacional. Participaram coordenadores de PRMSF implantados até o ano de 2018. Os dados foram coletados por questionário o*nline,* disponibilizado pelo *Google Forms,* no período de outubro de 2022 a março de 2023. Os dados quantitativos foram sistematizados e distribuídos conforme frequências absoluta e relativa e os qualitativos submetidos à análise temática, os quais estão apresentados em seis artigos. O primeiro, ao mapear os PRMSF implantados no Brasil, quanto à gestão, organização e financiamento, revelou que os PRMSF se concentram na região Sul; são financiados, em sua maioria, pelo Ministério da Saúde; as profissões mais constantes são enfermagem e a atenção básica é a área de concentração mais comum. O segundo descreve as estratégias didático-pedagógicas para formação em saúde da família e aponta que os PRMSF precisam reforçar estratégias didático-pedagógicas fortalecedoras da postura multiprofissional, interdisciplinar, crítico-reflexivas e que possibilitem experiências educativas orientadas pelas diretrizes do SUS e da PNEPS. O terceiro descreve os processos de planejamento e implementação da formação em PRMSF e aponta a criação de políticas de formação que visem à qualificação e valorização dos profissionais, seja em âmbito federal, estadual ou municipal, com vistas a garantir um perfil profissional alicerçado nas características multiprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais. O quarto descreve como acontece a articulação entre as esferas de gestão dos PRMSF. Assim, revela a necessidade de adotar instrumentos de cogestão participativa e colegiada pelos profissionais das diferentes áreas de atuação, além de cogestão das três esferas administrativas. O quinto identifica as ações desenvolvidas de forma multiprofissional pelos profissionais e residentes dos PRMSF e argumenta que esforço coletivo de todas as esferas administrativas é necessário para que medidas sejam adotadas no sentido de amenizar e/ou resolver as fragilidades que vêm impossibilitando o desenvolvimento eficaz das competências profissionais e processos formativos feitos pelos PRMSF. O sexto artigo identifica, nos PRMSF implementados, a articulação das iniciativas com a educação permanente em saúde e descreve como os coordenadores dos PRMSF avaliam a relação entre a formação e atuação dos profissionais no SUS. Os PRMSF favorecem a integração entre os residentes, equipe de saúde e comunidade, reorganizando o processo de trabalho nos cenários que estão inseridos e, assim, apresentam melhorias na qualidade da assistência prestada aos usuários. Conclui-se que os programas são estratégia promissora para a qualificação da atenção básica, embora possam ser ampliados em número, nas abordagens pedagógicas, ações de valorização dos atores envolvidos, estratégias de cogestão interfederativa, competências profissionais durante a formação e o reconhecimento dos PRMSF, como estratégia de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde no âmbito da Atenção Básica.


**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica em Saúde; Educação Permanente em Saúde.

**MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAMS IN FAMILY HEALTH: POTENTIALITIES AND CHALLENGES OF THE COURSES IN BRAZIL**

**ABSTRACT:** The Multiprofessional Residency Programs in Family Health (PRMSF), a form of teaching-service integration, aim to train health professionals to work in the Family Health Strategy (ESF), in line with the National Policy for Continuing Education in Health (PNEPS). This research aimed to problematize and analyze the challenges and potentialities of PRMSF in training professionals for the Unified Health System. This is an exploratory, descriptive study with a quantitative and qualitative approach, developed on a national scale. Coordinators of PRMSF programs implemented until 2018 participated. Data were collected via an online questionnaire available on Google Forms from October 2022 to March 2023. Quantitative data were systematized and distributed according to absolute and relative frequencies, and qualitative data were subjected to thematic analysis, which are presented in six articles.

The first article, mapping PRMSF implemented in Brazil in terms of management, organization, and financing, revealed that PRMSF are concentrated in the South region, are mostly funded by the Ministry of Health, with nursing being the most common profession, and primary care as the most common area of concentration. The second article describes the didactic-pedagogical strategies for training in family health and points out that PRMSF need to reinforce didactic-pedagogical strategies that strengthen a multiprofessional, interdisciplinary, critical-reflective stance and enable educational experiences guided by the SUS and PNEPS guidelines. The third article describes the processes of planning and implementing training in PRMSF and points to the creation of training policies aimed at the qualification and valorization of professionals, whether at the federal, state, or municipal levels, with a view to ensuring a professional profile grounded in multiprofessional, interdisciplinary, and interinstitutional characteristics.

The fourth article describes how the articulation between the management spheres of PRMSF occurs, revealing the need to adopt participatory and collegial co-management instruments by professionals from different areas of action, in addition to co-management by the three administrative spheres. The fifth article identifies the actions developed in a multiprofessional manner by PRMSF professionals and residents and argues that a collective effort from all administrative spheres is necessary to adopt measures to mitigate and/or resolve the weaknesses that have been hindering the effective development of professional competencies and formative processes carried out by PRMSF. The sixth article identifies the articulation of PRMSF initiatives with continuing education in health and describes how PRMSF coordinators evaluate the relationship between training and the performance of professionals in the SUS.

PRMSF favor the integration between residents, the health team, and the community, reorganizing the work process in the scenarios in which they are inserted and thus presenting improvements in the quality of care provided to users. It is concluded that the programs are a promising strategy for qualifying primary care, although they could be expanded in number, pedagogical approaches, actions to valorize the actors involved, inter-federative co-management strategies, professional competencies during training, and recognition of PRMSF as a strategy to strengthen Continuing Education in Health within the scope of Primary Care.

**Keywords**: Multiprofessional Residency in Health; Family Health Strategy; Primary Health Care; Continuing Education in Health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Legislações sobre o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde, Cascavel/PR, 2021..... 32

Quadro 2: Distribuição dos PRM e Uniprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, autorizadas pela CNRMS - 2021..... 39

Quadro 3: Composição das equipes para o valor do repasse financeiro..... 45

## LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| ABP | Aprendizagem Baseada em Problemas |
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| ACE | Agente de Combate Endemias |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| CNRMS | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COAPES | Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde |
| CODEMU | Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência |
| CONASEMS | Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional das Secretarias de Saúde |
| COREMU | Comissão de Residência Multiprofissional |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| DOU | Diário Oficial da União |
| eAB | equipe de Atenção Básica |
| EIP | Educação Interprofissional em Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| eSB | equipe de Saúde Bucal |
| eSF | equipe de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FENTAS | Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde |
| FNEPAS | Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde |
| IVC | Índice de Validade de Conteúdo |
| MA | Metodologia Ativa |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |

| | |
|---|---|
| NDAE | Núcleo Docente Assistencial Estruturante |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| NOB | Normas Operacionais Básicas |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OS | Organizações Sociais |
| PBL | Problem Based Learning |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PP | Projeto Pedagógico |
| PRMSF | Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família |
| PRO-EPS-SUS | Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAPS | Residências em Área Profissional da Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RDA | Rede Docente Assistencial |
| RMS | Residência Multiprofissional em Saúde |
| SCNES | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde |
| SINAR | Sistema Nacional de Residências em Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SNRMS | Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| SP | Situação-problema |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TBL | *Team-based learning* |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCR | Trabalho de Conclusão de Residência |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNIOESTE | Universidade Estadual do Oeste do Paraná |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

**SUMÁRIO**


**1. INTRODUÇÃO** **17**

**2. OBJETIVOS** **24**

**2.1. OBJETIVO GERAL** **24**

**2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS** **24**

**3. REVISÃO DE LITERATURA** **25**

3.1. Histórico das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil 25

3.2. Diretrizes para organização dos Programas de Residências em Saúde 31

3.3. Financiamento dos programas de residências em saúde da família 40

3.4. Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família 47

3.5. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva da Educação Permanente em Saúde 57

**4. METODOLOGIA** **65**

4.1. Delineamento do estudo 65

4.2. Local e período do estudo 66

4.3. População e amostra 66

4.4. Métodos e técnicas de coleta dos dados 68

4.4.1 Questionário autoaplicável 68

4.4.2 Processamento e análise dos dados 69

4.5. Aspectos éticos 71

**5. RESULTADOS E DISCUSSÃO** **72**

Artigo 1: Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Brasil 72

Artigo 2: Organização didático-pedagógica dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família 73

Artigo 3: Planejamento e implementação da formação em programas de residência multiprofissional em saúde da família 74

Artigo 4: Articulação das esferas de gestão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família 74

Artigo 5: Desenvolvimento do trabalho multiprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família 75

Artigo 6: Residências multiprofissionais em saúde da família: fortalecimento 76

da educação permanente em saúde e relação entre formação e atuação
**6. CONSIDERAÇÕES GERAIS DA TESE** **78**
7. REFERÊNCIAS 84
APÊNDICE – I - Questionário Autoaplicável aos Coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família 101
APÊNDICE – II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 109
ANEXO – I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos 111

## 1. INTRODUÇÃO

O contexto de mudanças na área da saúde e no seu processo de trabalho tem exigido novas configurações profissionais e institucionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), demandando a formação atenta às suas necessidades e o fortalecimento de suas diretrizes (Brasil, 2006). Desde o início da implantação do SUS, a formação tem sido discutida e refletida, pois a configuração desse sistema passava a requerer a capacitação dos recursos humanos para atender às suas necessidades (Nascimento; Oliveira, 2006).

Fundamentada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, a saúde passou a ser direito de todos os cidadãos e dever do Estado, tendo princípios e diretrizes de funcionamento estabelecidos (Brasil, 1990a, 1990b). Assim, a partir do conceito ampliado de saúde, que começa a ser delineado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como sendo uma interação entre o bem-estar físico, psicológico e social do sujeito, ampliado pela concepção de determinação social, referenciados pelo SUS, os serviços de saúde buscam romper com o conceito de saúde como “ausência de doenças” e caminham para a perspectiva de assistência integral ao usuário, de forma multiprofissional (Silva; Natal, 2019).

Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS), em articulação com o Ministério da Educação (MEC), ao apoiar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as graduações em saúde no começo dos anos 2000, intensificou seu papel ordenador das políticas de formação, incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento das competências exigidas pelo SUS. Projetos, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), sinalizavam a ação indutora do MS para promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde (Pinho; Garcia; Martins, 2018).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e em área profissional da saúde, existentes desde 1975, tiveram sua regulamentação em 2005, com a Lei nº 11.129. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de maneira que abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação

Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2005a), sendo incluídos, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 16/2014, os cursos de Saúde Coletiva e Física Médica (Brasil, 2014a).

Posteriormente, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 instituiu as RMS, as quais se constituem em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões que se relacionam à saúde, na modalidade de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço com 5.760 (Cinco mil setecentos e sessenta) horas, em 24 (Vinte e quatro) meses (Brasil, 2007a).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Residência em Área Profissional da Saúde devem ser desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial, as necessidades locais e regionais, bem como o compromisso com os eixos norteadores da RMS. Serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos:

> I - Cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
> II - Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
> III - Política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;
> IV - Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
> V - Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;
> VI - Integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
> VII - Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
> VIII - Integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

> IX - Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
> X - Descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
> XI - Monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e
> XII - Integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema (Brasil, 2007a, p. 3-4).

O SUS possui, além de outras competências, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde disposta no artigo 200 da Constituição Federal e afirmada na Lei nº 8.080/1990. Partindo dessa premissa, o MS elaborou, em 1999, um modelo de Residência Multiprofissional, bem como articulou a Residência em Saúde da Família (RSF), posto que se fizesse necessária a mudança no padrão de formação dos profissionais (Brasil, 2006).

Nesse contexto, articulou-se uma cooperação entre o MS e o MEC, concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS e, particularmente, em áreas prioritárias, que, no MS, se faz pela Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cujos objetos são as necessidades de saúde da população; assim, o objetivo é a educação voltada para a transformação da realidade. Utilizam, dessa forma, estratégias de Educação Permanente em Saúde como eixo transversal e transformador da realidade. E, dessa forma, adota metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2021a).

Os PRMSF podem contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Contribuem para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2021a).

Assim, o PRMSF possui, como cenário principal de atuação no contexto da AB, a ESF. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436/2017, tem-se a ESF como protagonista para expansão e

consolidação da AB no Brasil. Ela, por sua vez, configura-se como a coordenadora do cuidado nas RAS e porta de entrada do SUS. Dentre os princípios norteadores da ESF, pode-se citar o vínculo com o usuário do serviço, integralidade, participação social, intersetorialidade, dos quais emergem diversos resultados favoráveis à população no que diz respeito ao cuidado em saúde (Brasil, 2017).

Destaca-se que a integração ensino-serviço-comunidade, no contexto da AB, por meio da residência, deve beneficiar não somente as instituições formadoras e o profissional residente, mas principalmente a população e o serviço no qual está inserida, seja pela atuação profissional do residente no cenário de prática, seja pela produção de conhecimento científico, cumprindo a finalidade de transformação da realidade (Costa; Azevedo, 2016).

A necessidade de as práticas dos profissionais de saúde responderem às demandas do SUS impulsionou a criação da RMS, como dispositivo de transformação das práticas da área da saúde, as quais, por sua vez, compõem um projeto político maior, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Além disso, ao buscar a história das Residências Multiprofissionais no país, observou-se que: “quando instituída a PNEPS, elas tornaram-se aposta estratégica do Governo Federal, com incentivo financeiro, ampliação e qualificação dos Programas no Brasil” (Lobato, 2010, p. 17).

A PNEPS é regulamentada pela portaria GM/MS nº 1.996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para sua implementação. Essa política emerge com a premissa de formação para o trabalho e, a partir do trabalho, pauta-se no cotidiano dos profissionais e realidades do serviço (Brasil, 2007b).

Assim, os programas de residências em saúde fazem parte de uma política pública de educação permanente e se pautam na aprendizagem reflexiva de problemáticas encontradas no contexto de cada comunidade, com potencial transformador da realidade local por meio das práxis em ação na rede de serviços, buscando a construção e reconstrução de conhecimentos (Silva *et al.,* 2016).

As RMS têm como objetivo a formação de profissionais e se constitui como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, reorientação das lógicas tecnoassistenciais (Lobato, 2010; Silva *et al.,* 2016).

A atuação vinculada ao cotidiano laboral visa à transformação do processo, da organização de trabalho e das práticas profissionais. Ou seja, configura-se como

uma ação e um processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, de modo a possibilitar mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população (Silva; Natal, 2019).

A RMS, como uma nova modalidade de formação, agrega, na educação de profissionais de saúde, ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), convergindo com os princípios que balizam a PNEPS (Lobato, 2010). Assim, essa modalidade de formação propicia que profissionais de saúde possam ter uma atuação profissional orientada pelos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), o que reforça a premissa de que a RMS é um dispositivo de formação para atores engajados politicamente com a EPS (Silva *et al.,* 2014).

A PNEPS tem o intuito de articular as necessidades dos serviços de saúde com o processo de formação dos profissionais, a fim de contribuir com a resolutividade dos serviços (Paiva *et al.,* 2015).

Nesse sentido, pressupõe-se que o desenvolvimento da atuação profissional de forma interdisciplinar e multiprofissional, articulado com a formação e o ordenamento dos recursos humanos da saúde, possibilite prestar ao usuário uma assistência em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, a integração entre ensino e aprendizagem nos espaços de atuação profissional em saúde permite conhecer as necessidades e demandas da população, tornando-se objeto para nortear as diretrizes de qualificação dos profissionais. Essa interação entre as diferentes categorias profissionais permite aos programas de residências em saúde superar a fragmentação entre as áreas, resultando na atuação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares (Closs, 2010).

Os Programas de residências em saúde mostram-se como um cenário favorável para o fortalecimento da EPS, possibilitando a consolidação de princípios do SUS, de forma que é um importante dispositivo promotor de mudanças. O fato desse profissional residente permanecer no local de trabalho possibilita o fortalecimento da formação voltada para a integralidade, o que resulta em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da RSB, o que vem ao encontro do que preconiza a PNEPS e os princípios do SUS (Lobato, 2010; Rodrigues *et al.,* 2021).

Nesse sentido, as RMS atendem às necessidades do SUS e da PNEPS, sendo instrumento de formação e inserção de profissionais nos serviços de saúde.

Essa modalidade de formação voltada aos profissionais da área da saúde visa à formação de profissionais para atuação no SUS. A partir da premissa do treinamento em serviço, as RMS apresentam, como qualidade, a formação de profissionais, conforme as necessidades locais (Cheade *et al.,* 2013).

Assim, os PRMS tornam-se uma tendência para a construção de políticas de formação de recursos humanos na saúde. Primeiramente, porque geram microrrupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, na modalidade da residência que, até então, era de exclusividade da área médica. Depois, porque pretende ser uma estratégia para a consolidação do SUS, o que suscita perspectivas otimistas do Estado velar pelo cumprimento dessas prescrições legais (Rosa; Vasconcelos, 2014).

Nessa perspectiva, os PRMS configuram-se como alicerce para a formação qualificada dos profissionais de saúde, que vivenciam a integralidade e a interdisciplinaridade como práticas cotidianas na construção do conhecimento, alcançado com a especialização em serviço. Isso contribui tanto para o surgimento de novas práticas de ensino quanto para novos modelos de atenção à saúde (Mota, 2016).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), desde 2018, tem sido objeto de trabalho na atuação de ensino, pesquisa e extensão, possibilitado pelo olhar do gestor municipal, ao propor a sua implantação no município.

Assim, essa vivência diária, entre residentes e profissionais da atenção básica, merece destaque por enriquecer a troca de experiência entre todos os envolvidos. Nesse contexto, no campo da residência e de sua construção, surgem limitações e inquietações acerca desse processo de implantação e implementação dos PRMSF que devem ser estudados tendo em vista o fortalecimento e consolidação dessas iniciativas, as quais, como evidenciado, têm contribuído para a qualidade da assistência prestada no SUS.

Desde a elaboração do Projeto Pedagógico (PP) de uma residência, desenvolvendo ações na condição de Coordenador do Programa e do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), percebe-se que pouco se produziu no que se refere aos conhecimentos sobre esse processo de formação e implantação dos PRMS.

O estudo, dessa maneira, pressupõe que a ampliação dos Programas de Residência em Saúde, propostos pela articulação das políticas de saúde e educação, estão desafiados à afirmação dos princípios e diretrizes do SUS e configuram-se como estratégia de excelência à qualificação de trabalhadores para o SUS.

Assim, os seguintes questionamentos permeiam a problemática para o desenvolvimento desta Tese: Como se desenvolveram os PRMSF e quais os desafios e potencialidades nas regiões brasileiras? Como atualmente se encontram esses programas? A formação do residente atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para atuação na AB? Quais são as estratégias pedagógicas desenvolvidas para essa formação? Quais são os pressupostos da PNEPS utilizados na formação dos profissionais em saúde do PRMSF?

# 2. OBJETIVOS

## 2.1. OBJETIVO GERAL

- Mapear, problematizar, bem como analisar os desafios e potencialidades dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família para a formação de profissionais ao Sistema Único de Saúde.

## 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família implantados no Brasil, quanto à gestão, organização e financiamento;
- Descrever as estratégicas didático-pedagógicas para formação em PRMSF;
- Descrever os processos de planejamento e implementação da formação em PRMSF;
- Descrever a articulação entre as esferas de gestão dos PRMSF;
- Identificar ações desenvolvidas de forma multiprofissional pelos profissionais e residentes dos PRMSF;
- Identificar, nos PRMSF implementados no Brasil, a articulação das iniciativas com a EPS e descrever como os coordenadores dos PRMSF avaliam a relação entre a formação e atuação dos profissionais no SUS.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção apresenta definições e abordagem teórica que oferecem sustentação à problemática investigada. Para tanto, o texto foi organizado em cinco tópicos: 1. Histórico das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil; 2. Diretrizes para organização dos Programas de Residências em Saúde; 3. Financiamento dos programas de residências em saúde da família; 4. Atenção Primária em Saúde e Estratégia de Saúde da Família; 5. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

### 3.1. Histórico das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil

As residências em saúde têm sua origem em 1889, no hospital da universidade norte-americana John Hopikins, onde surgiu o termo residência, como proposta de formação para profissionais médicos. No Brasil, teve início em 1940 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), denominada de internato. A medicina foi protagonista na oferta desse tipo de formação, com vistas ao aperfeiçoamento acadêmico da prática em serviço. A experiência da Residência Médica estimulou outras áreas da saúde a desenvolver formações na mesma modalidade e, a partir de 1960, começaram a ser criados programas semelhantes para capacitação de outros profissionais da saúde com a finalidade de qualificação por meio do treinamento em serviço, em atividades de longa duração, nos mesmos moldes da Residência Médica. Assim, em 1961, foi criado o primeiro Programa de Residência em Enfermagem, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo. Em 1973, iniciou-se o segundo curso de especialização nos moldes de Residência em Enfermagem, que formou enfermeiros especialistas na área médico-cirúrgica pelo Hospital Escola da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Silveira, 2011; Jreige, 2013; Seltenreich, 2017).

A primeira Residência em Medicina Comunitária, denominada São José do Murialdo, foi implantada pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul em 1976 e, posteriormente, em 1978, transformando-se em residência multiprofissional, pioneira desse tipo de especialização no país. Sua proposta incluía formar profissionais com uma visão de saúde clínica, saúde mental e saúde pública,

com perfil humanista e crítico, competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. Essa primeira experiência inovadora no âmbito das residências envolveu mais de uma categoria profissional da saúde trabalhando na mesma perspectiva de atuação; portanto, foi considerada importante para o desenvolvimento da área no cenário nacional (Rosa; Lopes, 2009).

Com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003, indicou-se a formulação de uma política de formação para os profissionais da saúde, com o objetivo de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), para que atendessem às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, com garantia de recursos físicos e financeiros, além de cooperação técnica entre as três esferas de governo e controle social. Diante disso, em 2004, após vários debates e construção coletiva, o MS instituiu, pela Portaria nº 198/GM/MS, a PNEPS compreendendo que EPS é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, desde o nível técnico até a pós-graduação, tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e transformem as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (Brasil, 2004; 2007).

No Brasil, as produções e discussões acerca da mudança na formação dos profissionais de saúde aumentaram após o desenvolvimento de políticas e programas de parceria entre o MS e o MEC. Diversas experiências, financiadas ou não, por esses Ministérios, têm gerado novas formas de pensar e de organizar o processo formativo (Teófilo; Santos; Baduy, 2016), para que se cumpra com o estabelecido pela Constituição Federal de 1988 de ordenação da formação de recursos humanos para o SUS.

O MS vem apoiando a RMS desde 2002, como estratégia de qualificação profissional para o SUS. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), na estrutura do MS, instituiu-se a PNEPS, expressa na Portaria nº 198/2004 e suas alterações complementares, como um marco para a formação e trabalho em saúde no país. Os programas de residência surgiram a partir do resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover transformação das práticas do trabalho em saúde (Brasil, 2018a).

A promulgação da Lei nº 11.129/2005, que criou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), iniciou o processo de regulamentação dos PRMS. Assim, o MS elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber: Portaria nº 1.111/2005, Portaria nº 1.143/2005 e Portaria Interministerial nº 2.117/2005 (Brasil, 2005a, Brasil, 2005b, Brasil, 2005c, Brasil, 2005d).

A partir de então, o DEGES fortaleceu movimentos de divulgação e discussão ampla sobre o tema, com a participação do MEC e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, em 2005, foi realizado o I Seminário Nacional de RMS, efetivado pela SGTES e CNS, com representantes dos gestores, controle social, coordenações de cursos da área da Saúde, residentes e coordenadores de programas de RMS. O seminário teve como objetivo a proposição de reflexões e debates, a partir das experiências desenvolvidas pelos programas de residências, já financiados pelo MS, obtendo, assim, subsídios para discussões dos seguintes temas: estratégias para a construção da multidisciplinaridade, visando atender ao princípio da integralidade; construção de diretrizes nacionais para a implantação das RMS; composição da CNRMS, com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação; e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), possibilitando, a partir de então, o cadastro das instituições, programas e dos profissionais residentes, e o gerenciamento do sistema (Silva, 2018).

Para dar continuidade a esses debates e discussões, em 2006, o DEGES/SGTES, em parceria com o CNS e o Fórum de Residentes Multiprofissionais em Saúde, promoveu seminários em várias regiões do país para dar seguimento ao processo de regulamentação das RMS. Os seminários aconteceram nas regiões Nordeste, em Recife; Sul/Sudeste, em Curitiba e Norte/Centro-oeste, em Brasília. A temática principal dos seminários regionais foi a definição da composição e as atribuições da CNRMS, elaborada a partir das discussões e do relatório produzido durante o I Seminário Nacional. Esses seminários serviram de subsídios para a preparação do II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (II SNRMS), que aconteceu durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, em 2006, no Rio de Janeiro, de maneira que, durante a realização de uma plenária, apresentou-se o principal

produto de longos debates e discussões, o que resultou na composição da CNRMS (Silva, 2018).

Ainda, durante os seminários regionais, surgiu a possibilidade de criação de Grupo de Trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da CNRMS. Esse Grupo de Trabalho foi constituído por representantes do MS, do MEC, residentes, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) e coordenador de Programa de RMS (Brasil, 2006).

Assim, tal processo ganhou dimensão político-institucional a partir da implantação da CNRMS, de forma que pudesse aprofundar a relação com o MEC; por outro lado, foi possível consolidar o campo da gestão da educação como estratégia fundamental em busca de alternativas que proporcionassem a consolidação do SUS (Brasil, 2006).

Concomitantemente a esse processo político, o DEGES reorganizava-se no sentido de dar conta da ampliação do número de projetos pleiteantes de apoio do MS. Esse esforço objetivou manter e estabelecer novas parcerias com as instituições de ensino e as Secretarias de Saúde interessadas em formar profissionais habilitados para o trabalho em equipe (Brasil, 2006).

A ampliação do número de projetos de RMS, construídos pelas várias regiões do país, apresentava significativas diferenças no valor residente por programa, financiado pelo MS. Para dar conta, tanto das peculiaridades de cada loco região, como para estabelecer um padrão de análise dos programas afinados com a Política Nacional de Educação para o SUS, o DEGES elaborou critérios de análise que seriam observados na acreditação desses projetos com base na legislação vigente. A diversidade nos desenhos metodológicos e nos cenários de prática, bem como as parcerias estabelecidas no processo de construção do projeto, desembocou em projetos que requeriam análise que considerasse as peculiaridades dos sistemas de saúde loco regionais (Brasil, 2006).

Com os novos critérios de análise, pretendia-se valorizar a estratégia pedagógica com foco na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos nos serviços, além de racionalizar a construção dos projetos por meio da

definição mais objetiva das funções de cada um dos parceiros quanto ao desenvolvimento e financiamento (Brasil, 2006).

A característica da interdisciplinaridade dos programas de residências em saúde figurava-se como uma proposta inovadora, ao incluir as catorze categorias profissionais de saúde. Essa modalidade de formação interprofissional visa à formação no mesmo cenário de prática, sem deixar de considerar e priorizar os saberes específicos de cada profissão. Assim, a definição de preceptores, tutores, cenários de práticas, ênfases dos programas, as estratégias pedagógicas adotadas e os sistemas de avaliação repercutem nos critérios de análise para reconhecimento da qualidade dos programas (Brasil, 1998, Brasil, 2006).

As instituições que implantaram programas de RMS objetivaram aproximar e articular o ensino da gestão, constituindo-se em uma forma inovadora da proposição de políticas que busquem a formação de profissionais para atuar no SUS.

Os programas diferenciam-se quanto aos desenhos metodológicos, mas todos defendem a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico nos processos de formação. Diante disso, a exemplo, pode-se citar a formação de preceptores e tutores antes de iniciar o programa, assinalando para a necessidade de qualificação permanente dos profissionais envolvidos. Outra iniciativa foi a constituição de Rede Docente Assistencial (RDA), com finalidade de construir um espaço de articulação ensino-serviço, a fim de atender à necessidade de promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, de modo permanente e em todos os níveis, a partir do desencadeamento dos processos de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da Saúde, bem como do incentivo à formação em nível de pós-graduação no formato PRMSF, dos cursos de especialização e outras iniciativas de capacitação dos trabalhadores para o SUS (Brasil, 2006, Dias; Lima; Teixeira, 2013).

A proposição de formação de recursos humanos para o SUS, a partir do início da década de 1990, toma como *lócus* central a ABS, principalmente com a instituição do PSF, que teve início, em 1994. A centralidade na AB visa, principalmente, à reorganização dos serviços e à reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência à saúde (Mioto *et al.,* 2012).

Assim, conforme Mioto *et al*. (2012), os cursos de especialização desenvolvidos no formato de RMSF foram pensados visando: 1) oferecer suporte

teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes da ESF; 2) oferecer aos recém-egressos dos cursos profissionais da área da saúde uma formação voltada para a AB, dentro do que propõe a ESF; e 3) inserir o tema da reorientação do modelo de saúde nos cursos de pós-graduação oferecidos pelas universidades e escolas de saúde pública.

Nessa perspectiva, a trajetória de construção do SUS, no decorrer dos anos, demonstra a expansão de suas ações com o propósito de abranger intervenções capazes de garantir a integralidade da assistência à saúde. Assim, para obter essa garantia, seria necessário incluir os diferentes tipos de serviços e níveis de atenção à saúde aos mais variados profissionais, numa perspectiva de interdisciplinaridade; articular os diferentes saberes e práticas com o objetivo de produzir um bem comum, sem desvalorizar o saber e a atribuição de cada profissão (Cezar *et al.,* 2015); nesse sentido, figuram-se os programas de residência em saúde.

Com isso, os serviços públicos de saúde no Brasil têm importante papel para a formação de profissionais; isso ganha relevância com a instituição do SUS, que integra práticas de pesquisa e ensino em saúde para estabelecer seu modelo de assistência constituído nos princípios e diretrizes que organizam o sistema. Nesse sentido, há a necessidade de profissionais qualificados para atuar na perspectiva da integralidade do cuidado e do trabalho multiprofissional (Ribeiro; Prado, 2013, Cezar *et al.,* 2015).

Nesse contexto, os Programas de residências em saúde buscam formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, uma vez que pressupõem construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas tecnoassistenciais (Brasil, 2005a, 2004). Portanto, debater e divulgar a formação em serviço torna-se uma estratégia importante para a expansão dos PRMS, que passam a ocupar as instituições e serviços como dispositivo de constituição de práticas baseadas na integralidade (Cezar *et al.,* 2015).

A aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação constitui um contexto favorável ao ordenamento da formação dos recursos humanos para o SUS, por meio da articulação de políticas para o setor. Nas mudanças operadas, com evidência para o ano de 2007, destaca-se a maior participação das estruturas de gestão do sistema de saúde (secretarias estadual e municipal) e dos profissionais dos serviços no processo político e decisório em que se constroem os projetos e

propostas dos programas. Além disso, as ações recentes de reorientação da formação profissional vêm sendo delineadas em instâncias loco - regionais do SUS, como os Colegiados de Gestão Regional, relacionando-se mais efetivamente ao processo de regionalização e descentralização da política nacional de saúde (Dias; Lima; Teixeira, 2013).

A trajetória histórica dos programas de residências em saúde tem apontado a importância da formação profissional em saúde e demonstra, na implantação dos programas de residência, a perspectiva de continuidade dos eixos norteadores da formação para o SUS.

Ao descrever o histórico das legislações e marcos acerca da construção dos programas de residências, em área profissional e multiprofissional, pretende-se a reflexão sobre questões que permanecem como desafios para o seu desenvolvimento, ao considerar-se que a proposta das residências visa à formação de profissionais qualificados para o SUS, porém, também cabe refletir que esse processo enfrenta desafios em sua implantação e implementação.

### 3.2. Diretrizes para organização dos Programas de Residências em Saúde

Da parceria entre o MS e o MEC, foi proposta a implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde (Brasil, 2005b), que visavam à formação, por meio do aprendizado em serviço. Assim, consolidou-se em um programa intersetorial, incentivando os profissionais da saúde a priorizarem o SUS como cenário de atuação.

Sendo assim, a partir da criação da CNRMS e da promulgação da Portaria Interministerial nº 1.077/2009 – alterada em alguns pontos pela Portaria Interministerial nº 1.124/2012 –, instituiu-se o arcabouço legal específico para a orientação, estruturação organizacional e desenvolvimento de ações a instituições proponentes e executoras interessadas em implantação e implementação dos programas de residências em saúde. Isso para que pudessem se direcionar conforme as legislações pertinentes, que são apresentadas no Quadro 1, demostrando as Leis, Portarias e Resoluções acerca das práticas de formação de profissionais para o SUS, as quais proporcionam a criação e legitimação dos PRS, bem como tratam da implementação dos projetos de residências em saúde e ainda sobre as formas de estruturação das políticas de formação dos trabalhadores. Tais

legislações permitiram a consolidação de um arcabouço jurídico-institucional a partir de 2005, para materialização e sustentabilidade das RMS.

**Quadro 1** – Legislações sobre o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde, Cascavel/PR, 2024.

| Legislação | Ano de publicação | Objeto |
|---|---|---|
| Lei nº 11.129 | 2005 | Institui a Residência em Área profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). |
| Portaria Interministerial nº 1.320, MEC/MS. | 2010 | Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS. |
| Portaria conjunta nº 1.016, MEC/MS. | 2010 | Nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, e dá outras providências. |
| Resolução nº 3, MEC/CNRMS. | 2010 | Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de residência em Área Profissional da saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. |
| Resolução nº 2, MEC/CNRMS. | 2011 | Dispõe sobre a transferência de profissionais da saúde residentes. |
| Resolução nº 3, MEC/CNRMS. | 2011 | Dispõe sobre as licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. |
| Resolução nº 4, MEC/CNRMS. | 2011 | Dispõe sobre a data de início dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, preenchimento de vagas e desistências. |
| Resolução nº 1, MEC/CNRMS. | 2012 | Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e dá outras providências. |
| Resolução nº 2, MEC/CNRMS. | 2012 | Institui as diretrizes para os Projetos Pedagógicos e as atribuições dos diferentes atores – coordenadores de programa, tutor, preceptor e residente. Ainda institui o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE). |
| Resolução nº 3, MEC/CNRMS. | 2012 | Informa ~~das~~ datas de início do programa, dos casos de necessidade de preenchimento de vagas e desistências. |
| Resolução nº 4, MEC/CNRMS. | 2012 | Nomeia os integrantes das Câmaras Técnicas – CT da CNRMS. |
| Resolução nº 5, MEC/CNRMS. | 2012 | Institui o Sistema de Informação da CNRMS. |
| Resolução nº 5, MEC/CNRMS. | 2014 | Dispõe sobre a distribuição da carga horária do programa, sendo 80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de teóricas. Os temas abordados nas atividades devem contemplar áreas afins e singularidades de cada profissão. Enumera também a avaliação dos residentes, a partir de instrumento validado na Instituição. |
| Resolução nº 6, MEC/CNRMS. | 2014 | Composição do banco de avaliadores da CNRMS. |
| Resolução nº 7, MEC/CNRMS. | 2014 | Refere acerca da avaliação, supervisão e regulação dos programas, além dos critérios de credenciamento das instituições. |
| Portaria nº 580, MS | 2020 | Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). |
| Portaria Interministerial nº 7, MEC/MS. | 2021 | Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da |

| | | |
|---|---|---|
| | | Saúde. |
| Resolução nº 1, MEC/CNRMS | 2021 | Estabelece o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). |
| Portaria nº 1.598, MS | 2021 | Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| Resolução n° 1, MEC/CNRMS | 2022 | Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência – CODEMUs. |
| Resolução nº 3, MEC/CNRMS | 2022 | Dispõe sobre a estrutura e funcionamento das Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, e dá outras providências. |
| Resolução n° 4, MEC/CNRMS | 2022 | Altera o Anexo da Resolução CNRMS nº 1, de 3 de março de 2022, que dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência. |

**Fonte:** Brasil (2005a; 2010a; 2010b; 2010c; 2011a; 2011b; 2011c; 2012a; 2012b; 2012c; 2012d; 2012e; 2014a; 2014b; 2014c; 2020c; 2021d; 2021f; 2021h; 2022a; 2022b; 2022c).

Esse arcabouço legal normativo da CNRMS permanece em constante transformação, tendo em vista que a realidade, permanentemente, demanda questões que necessitam de regulação por parte do MEC e MS.

Os PRM propõem a vivência em serviço, em que os residentes têm a oportunidade de aprimorar seu saber técnico, além de ampliar suas habilidades e competências dentro de um campo comum de atuação interprofissional.

Segundo a Resolução nº 2 da CNRMS (Brasil, 2012b), as residências, para serem multiprofissionais, devem contar com pelo menos três categorias profissionais, pois, com menos, são consideradas residências em área profissional da saúde ou uniprofissional; assim, determinou-se que o desenvolvimento das atividades deve ocorrer com uma duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais, com dedicação exclusiva, divididas em atividades práticas, teórico-práticas e teóricas. A organização dessas atividades deve contemplar os seguintes eixos orientadores:

> A. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
> B. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
> C. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (Brasil, 2012b).

Assim, nos termos da mesma Resolução, no art. 3º, os PRM e em Área Profissional abrangem:

> [...] programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (Brasil, 2012b).

Os PRM devem adotar um modelo educacional que busca o alinhamento com as necessidades de saúde da população, possibilitando articulação de conteúdos teóricos com a vivência prática de forma contextualizada e com a perspectiva de rompimento com os antigos modelos educacionais da área da saúde, na direção de uma educação permanente em saúde, que considere a realidade vivenciada.

A elaboração do PP dos PRM deve contemplar metodologias que integrem os saberes entre as diversas profissões, priorizando aquelas de cunho participativo e comunitário. Os PRMS devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2012b).

Assim, o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (Brasil, 2012b).

Diante disso, o PP deve ser elaborado e instituído conjuntamente pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), coordenação do programa, NDAE, docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes (Brasil 2012b), ou seja, de forma coletiva.

O NDAE é composto pelo coordenador do programa e representantes da tutoria, preceptoria e docentes. Não está previsto pagamento de bolsas para o NDAE por meio do MEC ou MS, cabendo ao gestor local a opção de fornecer algum tipo de pagamento ou auxílio conforme pactuações com os programas de residência. O NDAE possui as seguintes responsabilidades:

> I. Acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação;

> II. Assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários;
> III. Promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS;
> IV. Estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS (Brasil, 2012b, p. 3)

O perfil de competências dos profissionais dos PRMS diferencia-se conforme as funções, quais sejam, tutores, preceptores e docentes, conforme especificidades do programa e realidade local. A CNRMS apresenta competências de cada um desses profissionais e dispõe, no Art. 11 da Resolução nº 2 da CNRMS, que a função de tutor se caracteriza por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.

Nesse sentido, a **tutoria de núcleo** corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes; a **tutoria de campo** corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Assim, compete aos tutores:

> I. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
> II. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;

> III. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;
> IV. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
> V. Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
> VI. Participar do processo de avaliação dos residentes;
> VII. Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
> V. Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU (Brasil, 2012b, p. 4).

Aos profissionais preceptores, essa função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, nos quais se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O preceptor, necessariamente, deverá ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

No entanto, há uma exceção no que se refere à supervisão de preceptor de mesma área profissional, a qual não se aplica a programas em que as áreas de concentração ou estágios sejam voltadas às atividades que possam ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras (Brasil, 2012a).

Assim, compete ao preceptor:

> I. Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente (s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
> II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
> III. Elaborar, com suporte do(s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
> IV. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

> V. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
> VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do (s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;
> VIII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
> IX. Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
> X. Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
> VI. Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (Brasil, 2012b, p. 5).

Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP, devendo, ainda:

> I. Articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;
> II. Apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora;
> III. Promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência;
> IV. Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU (Brasil, 2012b, p. 5).

A resolução também especifica que o coordenador do programa de RMS tem a função de gerenciar o programa, acompanhando e avaliando o PP; deve cuidar de toda a documentação e cumprir deliberações da Coremu. Ademais, precisa possuir titulação mínima de mestre e, pelo menos, três anos de experiência nas áreas da formação, atenção e/ou gestão.

Ao coordenador do Programa de Residência, compete:

> I. Fazer cumprir as deliberações da COREMU;
> II. Garantir a implementação do programa;
> III. Coordenar o processo de auto avaliação do programa;

> IV. Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;
> V. Constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;
> VI. Mediar às negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
> VII. Promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
> VIII. Fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS;
> IX. Promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES;
> X. Responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS (Brasil, 2012b, p. 3).

Contudo, o personagem central do processo de ensino-aprendizagem em serviço dos PRMS é o profissional residente. São profissionais da área da saúde, cadastrados, nos seus respectivos conselhos de classe profissionais e aprovados em processo seletivo, para ingresso no programa. São atribuições dos profissionais residentes:

> I - Conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;
> II - Empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
> III - Ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas;
> IV - Dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais;
> V - Conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;
> VI - Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
> VII - Articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;
> VIII - Integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

> IX - Integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;
> X - Buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;
> XI - Zelar pelo patrimônio institucional;
> XII - Participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;
> XIII - Manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;
> XIV - Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (Brasil, 2012b, p. 5).

Cabe destacar que os programas de residência são aprovados contemplando áreas prioritárias, conforme necessidades locais e as demandas de saúde da população. Na ocasião da criação das RMS, a área prioritária foi a Saúde da Família, já que a ESF possui abrangência nacional e proximidade do local de moradia das pessoas. Assim, na formação em serviço na ESF, é possível desenvolver competências coesas com a proposta de mudança de modelo de atenção, bem como com a proposta de uma EPS que integre formação, atenção, participação social e gestão.

Os cursos autorizados estão distribuídos pelas regiões do país, em PRM e Uniprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, conforme informações disponíveis na SGTES/MS, como se observa no Quadro 2.

**Quadro 2 –** Distribuição dos PRM e Uniprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, autorizadas pela CNRMS - 2021.

| REGIÃO/PROGRAMA | QUANTITATIVO DE PROGRAMAS |
|---|---|
| **Centro-Oeste** | |
| Multiprofissional – Atenção Básica/Saúde da Família | 8 |
| **Total** | **8** |
| **Nordeste** | |
| Multiprofissional – Atenção Básica/Saúde de Família | 37 |
| Uniprofissional - Saúde da Família | 1 |
| **Total** | **38** |
| **Norte** | |
| Multiprofissional – Atenção Básica/Saúde de Família | 11 |
| Uniprofissional - Saúde da Família | 1 |
| **Total** | **12** |
| **Sudeste** | |
| Multiprofissional – Atenção Básica/Saúde da Família | 42 |
| Uniprofissional - Atenção Básica | 2 |

| | |
|---|---|
| **Total** | **44** |
| **Sul** | |
| Multiprofissional – Atenção Básica/Saúde da Família | 29 |
| Uniprofissional - Saúde da Família | 3 |
| **Total** | **32** |
| **Total Geral** | **134** |

**Fonte:** CNRMS, 2021.

No entanto, conforme dados disponibilizados pela Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRS), em 2022, estavam cadastrados e ativos no Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR), 46 (100%) PRMSF, sendo, na região Sul, 11 (23,92%); 12 (26,08%) na Sudeste; cinco (10,87%) na Centro-oeste; cinco (10,87%) na região Norte e 13 (28,26%) na Nordeste (Brasil, 2022). Assim, conforme Silva *et al.* (2021), em 2019, dos PRM implantados, 22,8% eram da área de concentração saúde da família/atenção básica e saúde coletiva, nos quais a categoria que se destacava era a enfermagem em 93,8% dos programas.

### 3.3. Financiamento dos programas de residências em saúde da família

As Residências em Saúde são reconhecidas como o padrão de qualidade para formação de especialistas no Brasil. Um forte componente de fixação dos profissionais nos municípios é a oferta de vagas de residência (médica e em área profissional da Saúde), com vistas à qualificação das RAS no apoio à formação pautada no ensino-serviço-comunidade. As residências devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS; precisam atender às exigências e regulamentações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), bem como desenvolver projetos pedagógicos que priorizem conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem que articulem gestão, atenção, formação e participação social (Brasil, 2021b).

Em 2009, foram lançados o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica), por meio da Portaria Interministerial nº 1.001 MEC/MS/2009, e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência em Área Profissional da Saúde), por meio da Portaria Interministerial nº 1.077 MEC/MS/2009. São ações prioritárias do MS para o desenvolvimento dos PRS: política de concessão de bolsas de Residente; apoio Institucional para a

abertura e ampliação de novas vagas de residência em regiões do País, áreas e redes prioritárias para o SUS; formação de gestores, preceptores e tutores para PRS; formação de preceptores para Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade e apoio para estruturação de programas de residência (Brasil, 2021b).

O objetivo desses Programas é incentivar a formação de especialistas na modalidade Residência Médica e em Área Profissional da Saúde com ênfase na modalidade multiprofissional, priorizando regiões que apresentem vazios de formação e assistencial, definidas em comum acordo com os gestores do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas (Brasil, 2021b).

O MS financia bolsas de instituições públicas municipais, estaduais, do Distrito Federal e privadas sem fins lucrativos; os programas de apoio à formação de especialistas objetivam apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS, tendo, como estratégias de indução:

a) Financiamento de bolsas de residência para vagas novas em programas prioritários que estejam de acordo com as políticas do SUS.

b) Apoio à criação, ampliação e requalificação de programas de residência prioritários por meio do apoio matricial interinstitucional.

Anualmente, o MS publica editais que regulam a distribuição de recursos para o financiamento de bolsas de residência para vagas novas, os quais contêm critérios específicos conforme especialidades, áreas de atuação, regiões prioritárias e disponibilidade de vagas novas, decorrentes da expansão de programas existentes, com credenciamento em vigor e que estejam em situação regular com a CNRM e CNRMS (Brasil, 2021b).

O financiamento dos PRS, antes custeado pelo Ministério da Saúde por meio da realização de convênios, a partir de 2009, passa a ser concedido por meio de editais, pelos quais as instituições concorrem à concessão de bolsas pagas diretamente aos seus residentes e cadastrados no Sigresidências[1] (BRASIL, 2021b), instituído pela Portaria Conjunta nº 11/2010, que apresentou ainda as orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) (Brasil, 2010d).

[1] Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências, responsável pela gestão dos programas de residência financiados pelo Ministério da Saúde.

As especialidades e áreas de atuação prioritárias, definidas pelo MEC, MS, CONASS e CONASEMS, partem das necessidades apontadas pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS, Gestores Estaduais e Municipais (Brasil, 2021b).

Desde a criação do Pró-Residências, em 2009, foram aprovadas, até 2018, 9.031 novas vagas de Residência Médica com bolsas de R1 financiadas pelo Ministério da Saúde. Dessas, 4.713 foram aprovadas de 2014 a 2016, com a criação do Programa Mais Médicos. As Residências em área profissional até 2010 eram 499 bolsas e, em 2018, eram 4.713 aprovadas pelo MS (Brasil, 2021b).

Estão em atuação, no país, 197 programas de residência em área profissional de saúde (dentistas e enfermeiros), distribuídos em 156 cidades de 24 estados e o Distrito Federal. A maior parte das bolsas desses programas de residência multiprofissional (6.078) é custeada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021c).

Assim, o MS, ao considerar a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à saúde (APS), a fim de garantir a universalidade do SUS; a implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, nas dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial, entre outras; o reconhecimento da ESF como orientadora da APS e ordenadora das RAS no país; a importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços da APS, bem como o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida; abrangência da oferta dos serviços da APS com atuação de equipes multiprofissionais; os atributos essenciais e derivados da APS, que são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural; a necessidade da valorização do desempenho das equipes e serviços de APS para o alcance de resultados em saúde; e a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à APS, editou a Portaria nº 2.979/2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS (Brasil, 2019a).

O incentivo financeiro tem a finalidade de apoiar a manutenção do funcionamento dos serviços ofertados nos municípios que alcançaram os resultados estabelecidos para os indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil. O recurso financeiro tem sido transferido na modalidade fundo a fundo, em parcela única, pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos

Municípios, por meio do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Amm, 2021).

A definição dos entes beneficiados e o cálculo do incentivo financeiro consideraram: os indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2020, as informações do Sistema de Informação em Saúde para a AB (SISAB), referente aos resultados dos indicadores do pagamento por desempenho no segundo quadrimestre de 2020; os municípios que atingiram entre 80% (oitenta por cento) e 100% (cem por cento) da meta em um ou mais indicadores (Amm, 2021).

O recurso adicional faz parte do Previne Brasil e pode ser usado pelos gestores para ampliar e qualificar os programas de especialização médica e multiprofissional (Brasil, 2020a).

Até 2020, o financiamento da APS era guiado pelo Previne Brasil. Por ele, os municípios e Distrito Federal que tivessem programas de residência médica ou RMSF podiam acessar incentivo como um recurso adicional, que poderia ser usado pelos gestores para estruturar ou ampliar esses programas de especialização; a solicitação do recurso era feita pelo e-Gestor (Brasil, 2020a).

Recentemente, foi revogada a Portaria de instituição do Programa Previne Brasil e estabeleceu-se um novo modelo de cofinanciamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) editada pelo MS por meio da Portaria nº 3.493/2024, que modificou o modo como esses recursos serão distribuídos aos municípios brasileiros, com vistas a ampliar a equidade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2024).

Esse novo modelo de cofinanciamento visa a uma distribuição mais equitativa que pode melhorar significativamente as estratégias de prevenção nos territórios da APS e, assim, fortalecer a potencialidade da ESF (Fernandez; Klitzke, 2024).

Dessa forma, o cofinanciamento federal de apoio à manutenção da APS será constituído por:

> I - Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti;
> II - Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;
> III - Componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti;
> IV - Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;

> V - Componente para Atenção à Saúde Bucal; e
> VI - Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS (Brasil, 2024, p. 1).

Nesse novo formato, manteve-se o componente de ações estratégicas para implantação e manutenção de programas de residências. Assim, os municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional, na Atenção Primária à Saúde, permaneceram recebendo o incentivo (Brasil, 2024).

As residências na área de Saúde da Família são uma modalidade de pós-graduação com duração de dois anos para profissionais da área da saúde. Durante esse período, o residente presta atendimentos sob supervisão de especialistas. Com o recurso, o governo federal busca incentivar a especialização de profissionais médicos, enfermeiros e dentistas em APS e, consequentemente, melhorar a qualidade do atendimento à população (Brasil, 2020a).

Para tanto, as cidades onde existam Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e/ou Residências em Área Profissional da Saúde (RAPS), nas modalidades Uniprofissional ou Multiprofissional em APS ou Saúde da Família, para as categorias profissionais de Odontologia e Enfermagem, poderão realizar adesão à Portaria Nº 3.510/2019 para solicitar o incentivo financeiro de custeio adicional (Brasil, 2019b).

Para solicitar o incentivo, é necessário que o município tenha os programas de residência funcionando e que estejam com situação regular na CNRM ou na CNRMS. Além disso, os profissionais precisam estar oficialmente vinculados aos respectivos programas e cadastrados como profissionais residentes na composição de uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Saúde Bucal (eSB), no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), de forma que a inclusão e atualização dos residentes é responsabilidade do gestor local (Brasil, 2020a).

O MS admite a solicitação pela gestão municipal de incentivo para equipes com residentes de 1º ou 2º ano de RMFC ou de RAPS nas modalidades Uniprofissional ou Multiprofissional em APS ou Saúde da Família para as categorias profissionais de Odontologia e Enfermagem, mas podem ser inclusos profissionais de programas de qualquer instituição na composição das equipes, sejam elas

públicas municipais, estaduais ou federais, privadas com ou sem fins lucrativos, desde que respeitados os pré-requisitos (Brasil, 2019b).

O valor mensal do incentivo financeiro será efetuado a partir das seguintes possibilidades de composição de equipes:

**Quadro 3:** Composição das equipes para o valor do repasse financeiro.

| **EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA** | | |
|---|---|---|
| Nº de residentes de medicina | Nº de residentes de enfermagem | Valor do custeio mensal por equipe |
| 2 | 2 | R$ 12.000,00 |
| 2 | 1 | R$ 10.500,00 |
| 2 | | R$ 9.000,00 |
| 1 | 2 | R$ 7.500,00 |
| 1 | 1 | R$ 6.000,00 |
| 1 | | R$ 4.500,00 |
| | 2 | R$ 3.000,00 |
| | 1 | R$ 1.500,00 |
| **EQUIPE DE SAÚDE BUCAL** | | |
| Nº de residentes de odontologia | | Valor do custeio mensal por equipe |
| 2 | | R$ 3.000,00 |
| 1 | | R$ 1.500,00 |

**Fonte:** Brasil (2019b).

A partir da composição das equipes, o incentivo financeiro de custeio adicional será transferido fundo a fundo, de forma regular e automática, aos municípios e Distrito Federal, com base na portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU), de acordo com o total de equipes com profissionais em formação na sua composição (Brasil, 2019b).

O Ministério da Saúde suspenderá o incentivo financeiro de custeio adicional nos seguintes casos:

> I – Ausência de envio de informação (produção) por meio do sistema de informação vigente por 3 (três) competências consecutivas, pelas eSF ou eSB onde os profissionais em formação estão cadastrados.
> II – Ausência de profissional em formação ativo no cadastro no SCNES das eSF ou eSB no município por três competências consecutivas (Brasil, 2019b).

Assim, após a finalização do período de duração da residência de um profissional, o gestor municipal terá até 3 (três) competências consecutivas para cadastro de outro profissional em formação, sem suspensão do incentivo financeiro (Brasil, 2019b).

Tanto o incentivo previsto na Portaria Nº 3.510/2019 quanto o Pró-Residência pretendem auxiliar a formação de profissionais especializados. Contudo, são ações distintas e independentes. O Pró-residência tem por objetivo o custeio de bolsa de residência de instituições municipais, estaduais e privadas sem fins lucrativos, para vagas novas de programas de residência considerados estratégicos para o SUS (Brasil, 2019b).

O incentivo financeiro de custeio previsto na Portaria Nº 3.510 é repassado fundo a fundo ao município, para apoiar o gestor municipal na qualificação dos PRM e multiprofissional no âmbito da APS (Brasil, 2019b).

Aos residentes, as bolsas de formação serão concedidas pela SGTES/MS, selecionados, por meio dos editais próprios, do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e do PRÓ-Residências (Brasil, 2010d).

Será repassado, ao residente participante do PRÓ-Residências, o valor da bolsa conforme legislação vigente. Atualmente, conforme o que estabelece a Portaria Conjunta nº 3/2016, é repassado o valor de R$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos), aos profissionais de saúde residentes, em regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais (Brasil, 2016a).

Esse valor foi reajustado a partir de janeiro de 2022, conforme a Portaria Interministerial nº 9/2021, para R$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), como valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos-residentes e aos residentes em área profissional da saúde (Brasil, 2021e).

Com a emergência de saúde pública decorrente da infecção humana pelo Coronavírus, foi publicada pelo Governo Federal a Portaria nº 188/GM/MS/2020, após a OMS declarar emergência de importância internacional, no dia 30 de janeiro; assim, o MS estabeleceu a implantação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Cabe destacar que, em virtude do cenário epidemiológico ocasionado pela pandemia do Coronavírus, os programas de residências multiprofissionais em saúde da família contribuíram significativamente para o fortalecimento das ações de saúde no âmbito do SUS, propondo estratégias para o enfrentamento da COVID-19 (Brasil, 2020b).

Assim, o governo federal, ao considerar a necessidade de mobilização dos profissionais de saúde residentes, publicou a Portaria nº 580/2020, com o objetivo de

ampliar a cobertura na assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção e reduzir o tempo de espera nos atendimentos de usuários com condições de alto risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares nos casos de infecção humana pelo Coronavírus. Essa Portaria dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do Coronavírus, voltada aos profissionais de saúde que estivessem cursando PRM e RAPS (Brasil, 2020c).

Estabeleceu-se, desde então, que o MS pagaria diretamente aos profissionais de saúde residentes, a título de bonificação, o valor mensal de R$ 667,00 (seiscentos e sessenta e sete reais), pelo prazo de seis meses, aplicado aos profissionais de saúde que estivessem cursando os programas de residência financiados pelo MS; outros órgãos ou entidades públicas federais, estaduais, distritais ou municipais; ou por entidades sem fins lucrativos (Brasil, 2020c). Isso, posteriormente, conforme a Portaria GM/MS nº 3.945, de 27 de dezembro de 2021, que alterou a Portaria GM/MS nº 580, de 27 de março de 2020, encerrou o prazo de vigência de custeio da bonificação aos profissionais de saúde residentes finalizando em 31 de dezembro de 2021.

## 3.4. Atenção Básica em Saúde[2] e Estratégia de Saúde da Família como cenários de prática e de formação

O SUS foi aprovado na Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei Federal nº. 8.080/1990 e Lei Federal nº. 8.142/1990; a sua implantação efetiva-se por meio das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB), sendo reguladores e instrumentos no processo de descentralização das ações e serviços de saúde (Cavalcante *et al.,* 2006).

Nesse sentido, o município passou a ter um lugar privilegiado no desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Em 1991, concretizou-se o

[2] De acordo com Matta (2006), vários autores tratam indistintamente os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS), apontando para o reconhecimento e utilização internacional da APS; portanto, ABS seria uma descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional. Diante disso, o termo Atenção Básica em Saúde foi assumido no Brasil a partir da política nacional de saúde pela NOB/SUS nº 01/96. E, ainda, conforme a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ABS é pautada pelos princípios do SUS, caracterizando um dispositivo do sistema de saúde brasileiro que deve garantir principalmente a universalidade, a integralidade e participação popular (Fausto; Matta, 2007). Diante do exposto, para esta revisão de literatura, será empregado o termo ABS, em consonância com a definição adotada pela PNAB/2017.

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) notadamente na Região Nordeste do País (Ceará e Pernambuco), com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, com base na extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desassistidas (Rosa; Labate, 2005).

Com essa busca de mudanças no modelo de atenção à saúde, formulou-se, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com incentivo do MS, em muitos municípios, sendo um modelo de saúde que centraliza seu foco de atendimento na família e na equipe (Baratieri, Marcon, 2011). Dessa maneira, proporciona reflexões e mudanças nas instituições, nos pensamentos e comportamentos dos profissionais e da população (Costa *et al.,* 2009), nas diferentes regiões do Brasil; assim, foram constituídas equipes de saúde da família (eSF), com objetivo de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, orientado para a cura de doenças e hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, o que vem possibilitando, às eSF, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 1997; Farias *et al.,* 2010).

Com ele, buscava-se a mudança do trabalho na ABS pela qualificação da assistência à saúde da população baseado nos princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS: universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade (Neckel *et al.,* 2009; Brasil, 2017).

O PSF passa a ser a porta de entrada do sistema local de saúde, para desenvolver a ABS de forma integralizada, resolutiva, além de propiciar a extensão da cobertura e ampliação do acesso, em substituição das práticas tradicionais, a fim de fomentar a reestruturação do sistema de saúde (Cavalcante *et al.,* 2006).

Desde sua criação, o PSF foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Assim, atualmente, é o eixo norteador da base do SUS; foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na PNAB em 2006; posteriormente, foi revisada em 2011 e 2017 (Brasil, 2006b; Brasil, 2017).

Com a proposta de regionalização da atenção à saúde, em 2002, elaborou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), para a estruturação das redes que fariam a articulação e cooperação, por meio de territórios definidos, com uma população adstrita. Isso garantiria o acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade, tendo em vista resolver os problemas de saúde, efetivando-se como uma macroestratégia para organização dessa rede de serviços (Cavalcante *et al.*, 2006).

Os profissionais que compunham as Unidades de Saúde da Família (USF) deveriam residir no município onde estivessem atuando, a fim de trabalhar com regime de dedicação integral, o que possibilita o vínculo e a identificação com a identidade cultural das famílias sob a sua responsabilidade; assim, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) precisavam residir nas respectivas áreas de atuação (Brasil, 2000). O número de ACS por equipe deveria ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (Brasil, 2017).

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na ABS, recomenda-se: I) População adscrita por eAB e de eSF de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da ABS. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando, aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na ABS e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, o qual pode ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (Brasil, 2017).

Para eSF, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, seus profissionais poderão vincular-se a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente (Brasil, 2017).

A composição da equipe mínima de saúde da família, conforme a PNAB, deverá ser: por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família;

auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

Diante disso, nesse cenário, surgem os núcleos de apoio à saúde da família (Nasfs) como forma de ampliar as possibilidades de proporcionar cuidado integral e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, como uma estratégia de gestão do cuidado em equipes de referência e apoio matricial, mais especificamente na ESF. Isso amplia para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (Brasil, 2008).

Nesse sentido, o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais da ABS, mediante a construção de um projeto terapêutico integrado. Para contribuir com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva da equipe, o projeto terapêutico deve reunir atendimentos individuais ou intervenções conjuntas entre o especialista matricial e os profissionais da equipe (Campos; Domitti, 2007).

A Portaria nº 2.436/2017 aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da ABS, no âmbito do SUS, a fim de estabelecer e reforçar que a ESF é o modelo prioritário para o funcionamento da ABS. Isso, conforme Brasil (2000, p. 15-6), comporta as seguintes atribuições:

> I - Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
> II - Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
> III - Elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
> IV - Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
> V - Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos de vida.
> VI - Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, de doenças infectocontagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
> VII - Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;

> VIII - Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
> IX - Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
> X - Desenvolver processos educativos através de grupos voltados a recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
> XI - Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
> XII - Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente se torne mais saudável;
> XIII - Discutir de forma permanente, junto a equipe e a comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
> XIV - Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de saúde.

A PNAB configura-se como o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

A ESF constitui-se numa estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da ABS nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da ABS e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais. Ademais, ressalta a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (Brasil, 2017).

A ABS é desenvolvida:

> [...] considerando a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção

> da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2017, p. 6).

Além disso, tem como princípios:

> I) Universalidade: que possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
> II) Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.
> III) Integralidade: Caracteriza-se como um conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos (Brasil, 2017).

Também, são suas diretrizes:

> IV) Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses.
> V) Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.
> VI) População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
> VII) Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.
> VII) Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
> VIII) Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

> IX) Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (Brasil, 2017).

Para organizar a ABS com a ESF, é necessário que as equipes realizem: I) Planejamento das ações, efetivando apropriação do território, com cuidado longitudinal às famílias, propondo parcerias de Apoio Intersetorial para superação dos problemas comunitários. II) assistência, promoção e vigilância à saúde. III) trabalho interdisciplinar em equipe. IV) abordagem integral da família entendendo a família como um espaço de desenvolvimento individual e de grupo, conforme os preceitos legais e éticos existentes (Brasil, 2005e).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais, emitidas conforme as necessidades da população, sendo analisada a partir de aspectos demográficos e epidemiológicos. As RAS são organizadas de forma poliárquica, expressam conjuntos de serviços de saúde, vinculados por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa interdependente; ademais, ofertam atenção contínua e integral à população, sendo coordenada pela APS prestada no tempo, lugar, custo e qualidade certa e humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas pela área adstrita (Mendes, 2010).

As RAS são definidas como uma estratégia para o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população (Brasil, 2017) e têm como objetivo a integração sistêmica, entre as ações, serviços de saúde com atenção contínua, de forma integral, qualidade, responsabilidade e humanizada, incrementando o desempenho do Sistema, por meio do acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica. Caracterizam-se pela formação horizontal com ligação entre os pontos de atenção e foco no centro de comunicação da ABS, centralizando as necessidades em saúde da população; assim, responsabilizam-se pela atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhando objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos. Compreende a ABS como primeiro nível de atenção, com cuidados primários resolutivos para os problemas mais comuns de saúde e coordenando o cuidado em todos os pontos de atenção (Brasil, 2010e).

Elas constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais,

articulados de forma complementar e com base territorial, de maneira que têm diversos atributos; entre eles, destaca-se: a ABS estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território (Brasil, 2017).

Três elementos constituem as RAS: a população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento de atenção à saúde baseia-se na população; caracteriza-se como a habilidade do sistema de estabelecer as necessidades de saúde da população da área de sua responsabilidade, de acordo com os riscos, para implementar e avaliar as intervenções sanitárias inerentes a essa população, promovendo o cuidado para essas pessoas no contexto de suas preferências e cultura. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organizados socialmente em famílias, cadastradas e registradas em subpopulações conforme os riscos sociossanitários (Mendes, 2010).

A estrutura operacional que constitui o segundo elemento da RAS é caracterizada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam-se entre esses diferentes nós; essa estrutura compõe-se de cinco pontos: o centro de comunicação que é o nó intercambiador que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, sendo constituído pela ABS; o segundo, a ABS, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da RAS. O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde, que são sistemas que organizam o seu funcionamento, articulando-se de forma singular às relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos (Mendes, 2010).

A ABS contribui para o funcionamento da RAS sendo sua principal porta de entrada e centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede; ademais, é a base de atenção e de serviço de saúde com descentralização e capilaridade com participação no cuidado, resolutividade e reconhecimento das necessidades de saúde da população sob a área de sua responsabilidade (Brasil, 2017).

Nesse sentido, cabe apontar que a PNAB de 2017 propôs mudanças desordenadas podendo levar ao insucesso dessa política devido à possibilidade de interrupção da continuidade assistencial e vínculo (Almeida, 2018).

Essa nova versão da PNAB discute aspectos como carteira mínima de serviços ofertados, fusão entre Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias (categoria única profissional), atribuição de remuneração adicional em atividades de monitoramento, flexibilização da carga horária do médico na Estratégia de saúde da Família (Fontenelle, 2012; Morosini; Fonseca, 2017; Brasil, 2017).

Além disso, ainda nas propostas de mudanças, o Nasfs foi desarticulado desde 2019 pela Portaria que institui o novo modelo de financiamento de custeio da ABS no âmbito do SUS (Previne Brasil) e não incluiu a atuação dos profissionais do NASF-AB para alcançar as metas estabelecidas pelos indicadores de desempenho.

No entanto, em maio de 2023, o MS instituiu a Portaria GM/MS nº 635 que define, novamente, o financiamento do NASF-AB, agora com a denominação de Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), em âmbito federal. Para além de possibilitar, novamente, o financiamento do NASF-AB pelo ente federal, a normativa apresentou muitas novidades, com uma outra nomenclatura: Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Além disso: aumentou-se o custeio de financiamento para as equipes multiprofissionais; incluíram-se novas especialidades médicas (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia), na composição das equipes; acrescentou-se o arranjo de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimização do processo de trabalho; ampliou-se a carga horária para 300 horas semanais para as equipes da modalidade ampliada (Brasil, 2023).

Assim, na reformulação da PNAB, evidencia-se o descompromisso com a expansão da saúde e com o sistema público, comprometendo o atendimento às demandas da população (Morosini; Fonseca; Lima, 2018; Almeida, 2018).

Fica evidente o descaso com a Saúde Pública. A tendência é que essas mudanças contribuam para a desconstrução do SUS por meio da limitação de recursos e alteração de um modelo assistencial para um modelo de saúde hospitalocêntrico, contraditório ao modelo de Atenção à Saúde em construção (Ferreira; Ladeia, 2018).

Um estudo realizado por Neckel *et al.* (2009), com o objetivo de refletir sobre a relação entre a integralidade na ABS e a composição das ESF, na perspectiva dos integrantes da equipe mínima do PSF, caracterizou as possibilidades de atuação e contribuições de outros profissionais de saúde no então PSF, entre os quais, foram destacados: psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, educador

físico, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e bioquímico; ainda, foram destacados espontaneamente profissionais que não pertencem ao ramo da saúde, como o musicoterapeuta e o educador infantil.

A construção desse caráter multiprofissional revela experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, possibilitando a mudança do modelo assistencial, por meio do exercício do trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade (Neckel *et al.,* 2009).

A interdisciplinaridade implica ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento, interferindo na tomada de decisão acerca das condutas profissionais, considerando os aspectos relativos às dimensões da vida humana, de seu estudo e da intervenção profissional (Zannon, 1994). O trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade a diversas formas de pensar, frente aos problemas e às soluções, de maneira que busca a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada profissão (Neckel *et al.,* 2009).

O conhecimento interdisciplinar do profissional de saúde estabelece condições para entender o indivíduo de forma integral, visto que necessita de uma visão que ultrapasse as especificidades profissionais e caminhe na direção da compreensão social decorrente da sua prática (Neckel *et al.,* 2009).

Nessa perspectiva, o PSF foi uma estratégia inovadora na reestruturação das ações e serviços de saúde, transpondo a visão fragmentada do indivíduo, para uma compreensão integral no aspecto individual, familiar e coletivo, resgatando o exercício da prática generalista. Assim, é possível compreender o processo saúde-doença ao qual os indivíduos estão expostos de forma mais ampla, conforme a realidade local, comunitária e familiar (Costa *et al.,* 2009).

A ESF busca continuamente a integração entre instituições e organizações sociais por meio de parcerias, as quais realizam o diagnóstico situacional para direcionar ações conforme as prioridades identificadas. As ações devem acontecer de forma pactuada com a comunidade na busca por uma postura ativa e colaborativa, para desenvolver o cuidado individual e familiar (Santiago *et al.,* 2012).

Nessa perspectiva, a ESF caracteriza-se como um cenário privilegiado para o desenvolvimento dos PRMSF, pois oportuniza a formação com vistas ao cuidado integral, qualificando profissionais de forma a atender aos princípios e diretrizes do

SUS (Santos; Batista; Devincenzi, 2015). Com isso, na ESF, há possibilidade de mudança no processo de formação de recursos humanos para a saúde, influenciando a assistência prestada, o ensino e pesquisa (Lima; Sales; Neto, 2012).

No entanto, para Neto, Leonello e Oliveira (2015), a mudança na formação, a partir de projetos pedagógicos que tenham como o foco a ESF, ainda se configura como um desafio na sua operacionalização e implantação. Assim, ressalta-se a importância da articulação e alinhamento na elaboração de projetos pedagógicos de programas de residências multiprofissionais em saúde da família que expressem a responsabilidade das instituições proponentes e executoras em uma formação em consonância com o SUS.

Nesse contexto, é importante a implantação de PRMSF que objetivem o desenvolvimento de práticas, as quais priorizem as ações de diagnóstico da situação de saúde, das famílias e da comunidade. Assim, os programas de residência no âmbito da ESF devem ser desenvolvidos na perspectiva da aprendizagem no trabalho, das necessidades e demandas dos usuários da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) e a integralidade do cuidado.

### 3.5. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva da Educação Permanente em Saúde

Desde o final dos anos de 1970, reforçado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata (1978), iniciou-se um processo de repensar as práticas assistenciais, passando-se a definir a saúde não mais como a ausência de doença, mas como a síntese entre os aspectos físicos, mentais e sociais. No Brasil, mudanças significativas no campo da saúde começaram a acontecer em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual a participação da sociedade civil foi fundamental para a criação do SUS (Roecker; Marcon, 2011). Destaca-se a importância das conferências em saúde como espaços nos quais a participação popular é efetiva, fato que contribui para a construção do direito à saúde (Junqueirai *et al.,* 2009).

Os princípios do SUS passaram, portanto, a serem os eixos norteadores da saúde no Brasil, gerando demandas e desafios para a organização dos serviços e formação profissional. Assim sendo, novas exigências emergiram, principalmente em relação à política de recursos humanos, pois foram necessários profissionais de

saúde, com competência técnica e política, para propiciar assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade (Roecker; Marcon, 2011).

Para trabalhar no SUS com qualidade e atender às necessidades da população, passou a ser consenso que seria necessária a formação de profissionais generalistas, tecnicamente competentes e com sensibilidade social. As DCN para as graduações em Saúde foram elaboradas a partir de 2001 e valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e o próprio ensino. Isso implica formar profissionais que sejam capazes de prestar assistência de forma integral e humanizada, a partir do desenvolvimento do trabalho em equipe, da compreensão das necessidades e demandas locais em que vive a população (Werneck *et al.,* 2010; Badan; Marcelo; Rocha, 2010).

A formação dos profissionais de saúde, centrada no paradigma biologicista, nas técnicas, ainda é hegemônica, a despeito das DCN. Prevalece a abordagem de conteúdos compartimentados e isolados, que fragmentam o ser humano em especialidades, de maneira a dissociar os conhecimentos das áreas básicas e clínicas; assim, visa priorizar o ensino na prática hospitalar e clínica, bem como a especialização precoce (Ramos; Padilha, 2006).

Nesse sentido, a formação continuada, entendida como um processo permanente, após a graduação, tornou-se uma necessidade para a atuação profissional nos diversos campos de assistência do SUS. A importância da educação permanente é enfatizada nas DCN dos cursos da área da saúde, nos quais os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, na sua formação e na sua prática. Devem, portanto, aprender a aprender, tendo responsabilidade e compromisso com seu processo educacional (Brasil, 2001).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), no final da década de 1960, passou a difundir a Educação Permanente, compreendendo a qualificação do ser humano como um dos principais meios de produção econômica e de desenvolvimento (Schultz, 1985).

A proposição da EPS, por sua vez, surgiu na década de 1980, disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Lemos, 2016); no Brasil, em 2003, foi implantada a SEGTES no MS, responsável por formular políticas de gestão com vistas a orientar os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde (Medeiros *et al.,* 2010, Brasil, 2018a).

Nessa perspectiva de que o processo de trabalho represente o elemento do processo formativo (Miccas; Batista, 2014; D'avila *et al.,* 2014), em 2004, foi instituída, pela Portaria n° 198, a PNEPS, com o objetivo de desenvolver estratégias de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (Brasil, 2004). A partir disso, o MS assumiu a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos da saúde (Medeiros *et al.*, 2010; Lemos, 2016).

Para tanto, a SGTES, por meio do DEGES, vem realizando debates com diversos atores envolvidos na PNEPS sobre a necessidade e importância de sua atualização, numa clara intenção de retomar a discussão sobre a política, resgatar conceitos, promover ânimos, demonstrar sua potencialidade e desafios, reconhecer a sua contribuição para o SUS, mas, acima de tudo, apontar caminhos, a partir de consensos, para que a PNEPS se mantenha na agenda do País e que, de fato, seja implementada em cada espaço onde haja o SUS (Brasil, 2018a).

A partir desses debates, outras iniciativas foram surgindo e se estabelecendo ao longo desse período: incentivo à implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes); lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) (Brasil, 2018a).

Assim, esse programa tem o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área, visando à transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho; criação do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da América Latina, cuja edição tem como tema a EPS, na expectativa de fortalecer práticas e experiências inovadoras de educação na saúde, bem como de mapear as experiências de EPS no território brasileiro; e a inclusão da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da SGTES, como dispositivo para a reorientação dos processos de formação de profissionais de saúde (Brasil, 2018a).

A construção do SUS com qualidade e resolutividade, que atenda às necessidades dos indivíduos e populações, passa pela qualificação da gestão, da atenção, do controle social e da educação popular em saúde. Nesse contexto, a educação na saúde compreende ações que partem dos princípios e diretrizes do SUS, as quais se materializam na formação e pesquisa no âmbito da saúde. Dessa

forma, é preciso planejar, desenvolver e executar ações de educação em saúde que levem em conta as necessidades loco regionais, partindo da integração necessária para a construção de uma política de saúde efetiva. Tal integração deve ser produzida a partir do trabalho conjunto com os demais departamentos das Secretarias de Saúde e na intersetorialidade com outras Secretarias de Governo (Silva; Griep; Cavalli, 2018).

Assim, a educação permanente é fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, sendo centrada no exercício cotidiano do trabalho e na valorização dele como fonte de conhecimento, destacando a articulação entre gestão, profissionais e controle social (Tesser *et al.*, 2011). Existe um foco voltado para as atividades inter e multiprofissionais, que utilizam estratégias de ensino problematizadoras e participativas, por meio das quais os educandos são responsáveis pelo seu processo de aprendizagem (Almeida *et al.*, 2016).

A educação permanente é, por sua vez, o desenvolvimento do processo de aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se inter-relacionam no ambiente do trabalho das equipes de saúde do SUS (Lemos, 2016).

Com a implantação da PNEPS, pesquisadores passaram a avaliar a EPS como uma oportunidade para a realização de espaços coletivos que permitam reflexões e avaliações das ações produzidas durante o processo de trabalho das equipes; assim, essas ações desenvolvidas no âmbito do processo de trabalho propiciam o aperfeiçoamento e melhoria do próprio trabalho (Elias, 2009).

Nesse sentido, conforme Girade, Cruz e Stefanelli (2006), a EPS é um processo de ensino e aprendizagem contínuo e dinâmico, que se desenvolve com a proposta de capacitar as equipes, de acordo com as demandas e necessidades dos cenários em que estão inseridas.

De tal modo, para D'avila *et al.* (2014), o conhecimento agrega mais valor quando aplicado na execução das atividades práticas do cotidiano das equipes, assim, o processo de trabalho torna-se o cenário privilegiado para o desenvolvimento da aprendizagem.

A partir da compreensão da EPS como estratégia contínua de qualificação, o processo de formação dos profissionais de saúde assume papel de destaque, ao conduzir os profissionais a questionar se os ensinos de graduações permitem

atender ao compromisso social da saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, a mudança na organização dos serviços e na formação dos profissionais exige reflexão crítica permanente e maior cumplicidade entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Formar profissionais com perfil adequado significa propiciar a capacidade de estar continuamente buscando aprender, de trabalhar em equipe, de comunicar-se, de refletir criticamente e de aprimorar qualidades humanistas (Flinker; Caetano; Ramos, 2011). Segundo Morita e Kriger (2004), destaca-se a importância da inserção precoce do graduando em seu contexto profissional, das clínicas integradas, da melhoria na formação em Saúde Coletiva e da diversificação dos cenários de aprendizagem.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), na integração ensino-serviço-comunidade, devem ser considerados seus quatro elementos: ensino, gestão, atenção e controle social. O componente serviço não deve ser visto apenas com sua função de atenção, mas deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e a organização de conhecimentos do setor. O componente comunidade deve promover a interação com a população, assim como a noção de relevância e responsabilidade social do ensino, aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança que envolvam o controle social.

Diante dessa perspectiva e considerando a atual organização da Atenção Primária à Saúde (D'avila *et al.*, 2014), exige-se um novo perfil dos profissionais vinculados à APS, os quais tenham capacidade de reflexão sobre as atuais necessidades da população, conhecimento das tecnologias adequadas e de acesso universal, compreensão sobre humanização na atenção à saúde e capacidade de trabalhar em equipe (Pereira, 2009; Miccas; Batista, 2014).

A APS no Brasil possui, em suas diretrizes, a busca pela transformação das práticas profissionais apoiando-se na EPS para qualificar e reorganizar os processos de trabalho das ESF. Espera-se um diálogo com a organização territorial, pois os trabalhos das equipes devem partir da compreensão das necessidades do território e da população sob sua responsabilidade (Brasil, 2017).

Portanto, o investimento em recursos humanos é essencial para o desenvolvimento da ESF. Modificações nas graduações, como a busca por matrizes curriculares integradas e a oferta de pós-graduação para as profissões de saúde,

que favoreçam as atividades realizadas no trabalho diário, como metodologia de aprendizagem, poderão formar profissionais mais qualificados para trabalhar na nova realidade da saúde no Brasil (Pinto; Teixeira, 2011).

Nesse sentido, a importância da EPS como política que possibilita a qualificação no trabalho e pelo trabalho dos profissionais que atuam no SUS é indiscutível.

Assim, a EPS caracteriza-se como vertente educacional que apresenta potencialidades para gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (Brasil, 2018a).

Nesse contexto, a EPS figura-se como um instrumento de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local; sendo assim, precisam ser pensados e adaptados, de acordo com as situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde (Brasil, 2018a).

Ao encontro dessa perspectiva, Silva *et al.* (2014) ressaltam a importância da EPS, como alternativa de superação das práticas fragmentadas e distantes das necessidades dos usuários, vinculadas aos processos de trabalho nesse setor. Busca a mudança do modelo assistencial hegemônico e aponta a valorização de todos os profissionais, bem como o diálogo entre os diferentes sujeitos, incorporando ações integradas. A partir da reflexão sobre as práticas nos serviços, há a transformação para compreender as necessidades do usuário, gestão e ensino e novas práticas de ensino e aprendizagem.

A EPS pauta-se na criação de instrumentos que motivem os processos educativos com trabalhadores, gestores, usuários de serviço e instituições de ensino. Como consequência, compreende-se que o papel da residência não se baseia apenas na formação do residente inscrito, mas envolve a reflexão crítica do processo de trabalho nos diferentes âmbitos dos serviços (Santos, 2010). Uma das justificativas para a implantação de programas de formação para alunos da pós-graduação – especialmente na categoria não médica – é a inserção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento com pouca valorização na sua capacitação profissional (Rosa; Lopes, 2016).

A ausência de profissionais com qualificação e formação adequada para atender os usuários e as necessidades do SUS configura-se como um importante desafio para a melhoria na qualidade dos serviços, bem como para a efetividade e consolidação do sistema de saúde (Dias *et al.,* 2016). Diante de tal realidade e buscando reordenar os recursos humanos, além da interação entre profissionais vislumbrando os princípios e diretrizes do SUS, o MEC, juntamente com o MS, organiza iniciativas para o desenvolvimento de políticas articuladas, sendo a residência multiprofissional uma possibilidade de capacitação profissional e trabalho em equipe (Demarco, 2011). O local de trabalho, então, é reconhecido como um eixo fundamental na produção de conhecimento e visualiza-se a necessidade de ações menos fragmentadas, em consonância com as necessidades dos sujeitos (Oliveira *et al.,* 2013).

A formação de profissionais qualificados para as diversas atividades que englobam as dimensões da pesquisa e da assistência apresenta-se como uma importante ferramenta para a efetivação constitucional do SUS. O desenvolvimento dos profissionais, bem como a ampliação dos conhecimentos científicos e tecnológicos refletem na qualidade dos serviços prestados aos usuários (Avellar, 2013).

A RMS é visualizada como espaço para o avanço da EPS e facilitador para o desenvolvimento de novos profissionais (Vasconcelos *et al.,* 2015). Como espaço de formação direcionado ao trabalho interdisciplinar e aos princípios do SUS, possibilita a aproximação de saberes de todos os sujeitos envolvidos. A partir dessa interação, os profissionais de saúde poderiam assumir importante espaço no desenvolvimento e formulação das políticas públicas (Autônomo, 2013).

Considera-se que a RMS possui papel fundamental na formação profissional, visto que alinha a teoria e a prática, além de diferentes saberes e atuações em prol do atendimento integral ao usuário, de forma que considera os serviços como espaços privilegiados na prática de saúde (Autonômo, 2013). Dessa forma, configuram-se como importante passo para a política de formação de recursos humanos, principalmente quando propõe ruptura com a hegemonia da formação superior com tal modalidade, que era de exclusividade da área médica (Alves, 2016).

O programa ainda possibilita, a partir da inserção de diferentes áreas do conhecimento, a compreensão de que o usuário está inserido em redes, estruturas e

formas de pensamento distintas, garantindo sua individualidade de demandas. Seu sofrimento, apreensões e angústias devem ser olhadas para além do campo biológico, a fim de garantir a interdisciplinaridade e integralidade do atendimento (Oliveira *et al.,* 2013).

No entanto, para Silva (2018), apesar de ser considerada importante dispositivo de ações de educação permanente, a RMS ainda se depara com inúmeros desafios para sua implantação e implementação de modo a consolidar as práticas interdisciplinares e a interação entre os sujeitos atores do programa.

No entanto, a formação de profissionais para o SUS tem as suas potencialidades, mas não resolve todas as demandas apresentadas por esse Sistema. Isso corrobora Batista e Gonçalves (2011), já que, apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas.

Nesse sentido, é necessária a implantação de políticas e propostas de formação dos profissionais para o SUS, de forma que as ações de capacitação, qualificação, sejam desenvolvidas; assim, é possível concretizar-se em estratégias e ações que propiciem aproximação constante das práticas dos serviços de saúde, das práticas de investigação e reflexão teórica, tanto do pessoal das universidades quanto da gestão e da assistência (Batista; Gonçalves, 2011).

Nessa perspectiva, este estudo pode contribuir para a qualificação dos processos educativos no trabalho em saúde; ademais, ao desenvolver pesquisas voltadas para o serviço, trabalhos como este têm a possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas profissionais desenvolvidas no âmbito da APS.

# 4. METODOLOGIA

## 4.1. Delineamento do estudo

O desenvolvimento desta pesquisa se constituiu pelos estudos exploratório, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa.

Pelo estudo exploratório, pode-se aumentar a experiência em relação a um determinado tema (Triviños, 2013) desenvolvido por meio de pesquisa de campo que se torna opção quando o pesquisador objetiva levantar informações “e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual busca respostas ou para a pesquisa de hipóteses que pretende comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles” (Prodanov; Freitas, 2013, p. 59).

A pesquisa de caráter descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Nela, são analisadas as relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes (Perovano, 2016).

Por sua vez, a abordagem quantitativa pretende e permite a identificação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos. A abordagem quantitativa aceita que a melhor possibilidade explicativa científica é aquela que não se interessa pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal. Nessa abordagem, o interesse é no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo (Mussi *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a pesquisa quantitativa contribui para o entendimento da presença e/ou influência de caraterísticas isoladas e/ou associadas, que podem embasar ações para seu enfrentamento prioritário, como ocorre de maneira recorrente no embasamento, planejamento, execução e avaliação das políticas públicas.

Conforme Perovano (2016), a pesquisa qualitativa é realizada com bastante frequência na análise do comportamento humano em diferentes contextos sociais, textos, imagens, da riqueza de cenários e ambientes.

A pesquisa qualitativa proporciona visão e compreensão mais adequadas do problema. Ela explora com poucas ideias preconcebidas sobre o resultado dessa investigação. Além de definir o problema e desenvolver uma abordagem, esse tipo de estudo também é apropriado em situações de incerteza, como quando os resultados conclusivos diferem das expectativas (Rodrigues, 2015).

## 4.2. Local e período do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas regiões Centro-Oeste; Nordeste; Norte; Sudeste e Sul do Brasil, com os coordenadores dos Programas de RMSF.

## 4.3. População e amostra

A população foi composta por coordenadores de PRMSF implantados até o ano de 2018, que estivessem ligados ao desenvolvimento das ações de formação dos profissionais residentes. Como critério de inclusão, foram selecionados os programas implantados até o ano de 2018 e coordenadores que estivessem atuando há, no mínimo, um ano na gestão do programa, excluindo aqueles que não preencherem completamente o formulário, ou não enviaram no prazo estipulado.

Os participantes do estudo foram selecionados seguindo a lógica da amostragem não probabilística de tipo intencional, ou seja, não se fez o uso de formas aleatórias de seleção, por isso, não se definiu a priori uma amostra representativa (Polit; Beck, 2011).

Conforme informações da CNRMS (2021), estavam implantados na região Centro-Oeste oito programas; Nordeste, 37; Norte, 11; Sudeste 42 e na região Sul 29, totalizando 127 programas de residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.

Em 28 de setembro de 2022, a CNRMS, em sua 9ª reunião, autorizou a reabertura do SINAR, para que as instituições no período de 10 a 17 de outubro de 2022 realizassem o recadastramento de programas vigentes e ativos (Brasil, 2024).

Foi necessário, após esse período de recadastramento, verificar o quantitativo de programas que estavam vinculados à CNRMS; assim, de acordo com dados fornecidos pela CGRS, estavam cadastrados e ativos 46 PRMSF, sendo 5 (10,87%) na região Centro-oeste, 13 (28,26%) na Nordeste, cinco (10,87%) na Norte, 12 (26,08%) na Sudeste e 11 (23,92%) na Sul (Brasil, 2022d). O instrumento de coleta de dados foi destinado a todos os coordenadores dos programas de residência multiprofissional em saúde da família e a amostra constituída por 24 participantes que responderam ao questionário autoaplicável.

O questionário enviado foi submetido à validação de especialistas, pois tais instrumentos, para serem considerados aptos ao uso, devem fornecer dados

interpretáveis para a avaliação de dado objeto de estudo, sendo precisos e válidos (Alexandre *et al.,* 2013).

Nessa perspectiva, após estruturado e organizado, o instrumento de coleta dos dados foi submetido à validação do seu conteúdo. A avaliação do conteúdo, envolvendo procedimentos quantitativos e qualitativos, torna-se essencial no processo de desenvolvimento dos novos instrumentos, de forma que deverá ser realizada por um comitê composto por cinco a dez juízes especialistas na área do instrumento (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

De acordo com Polit e Beck (2011), a validade de conteúdo visa apontar o grau de adequação de dado instrumento para verificar construtos específicos. Um teste tem validade de conteúdo à medida que mostra adequadamente o que foi aprendido.

Nesse sentido, a seleção dos juízes, que avaliaram o conteúdo do instrumento, teve como princípio a busca por aqueles que, de certa forma, representassem o grupo de participantes aos quais a pesquisa foi dirigida, pois, assim, teriam aproximações metodológicas e científicas com o universo a ser investigado. Foram selecionados os juízes especialistas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir titulação de doutor e/ou mestre na área da saúde e que compreendessem o cenário que foi investigado, localizados dentre os que têm publicado sobre a temática.

Os profissionais foram convidados a participar do processo de validação, via e-mail, com a descrição dos objetivos da pesquisa e a importância do processo de validação. Os que aceitaram foram orientados quanto ao preenchimento das informações solicitadas no formulário enviado e estipulado o prazo de 30 dias para o retorno. O formulário foi enviado por e-mail para 36 especialistas no período de 25 de junho a 25 de julho de 2022; retornaram nove respostas.

A sistematização mostrou que oito (88,9%) eram do sexo feminino e um (11,1%) masculino, com idade entre 31 e 63 anos. Quanto à área de formação, quatro (44,5%) cursaram enfermagem, dois (22,2%) odontologia, um (11,1%) serviço social, uma (11,1%) cursou nutrição, uma (11,1%) psicologia, com o tempo de formação entre 4 e 32 anos. Quanto à função/cargo no programa de residência, três (33,3%) são tutores, um (11,1%) docente, um (11,1%) preceptor, três (33,3%) coordenador de programa e uma (11,1%) egressa; o tempo de trabalho variou de

1 a 40 anos. Destaca-se que os juízes mencionados como coordenador de programa não fizeram parte da amostra final dos participantes.

Quanto à titulação dos juízes, trata-se de um (11,1%) mestre, seis (66,7%) eram doutores e dois (22,2%) cursaram pós-doutorado. A área da titulação de três (33,3%) foi enfermagem, dois (22,2%) saúde coletiva, um (11,1%) odontologia, um (11,1%) serviço social, um (11,1%) ciências pneumológicas, um (11,1%) políticas públicas em saúde.

Após a avaliação dos juízes especialistas, da primeira versão do instrumento, as considerações foram analisadas; o instrumento foi adequado às sugestões realizadas, quando pertinentes, com o objetivo de aprimorar as questões, avaliar a consistência interna e concordância aos domínios do instrumento. Foi considerado validado o domínio/questão que alcançou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) acima de 0,78% (Coluci; Alexandre; Milani, 2015). O IVC mensura a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do questionário e dos itens. Por meio do IVC, é possível avaliar cada item individualmente e, posteriormente, o questionário como um todo (Aleixo *et al.,* 2021). Quanto à avaliação geral do instrumento, resultou em IVC de: 0,98.

## 4.4. Métodos e técnicas de coleta dos dados

### 4.4.1 Questionário autoaplicável

As informações foram coletadas a partir do questionário autoaplicável *online*; para tanto, foi utilizada a internet como meio de acesso e inclusão de participantes (Flick, 2013).

A ferramenta utilizada foi o Google Forms, aplicativo integrado ao pacote Google Drive, o qual faz parte do Gmail e abriga vários outros aplicativos gratuitos. O Google Forms oferece a possibilidade de criar e armazenar formulários, por meio de uma planilha no Google Drive. Os formulários podem ser questionários elaborados por pesquisadores ou podem ser utilizados os formulários já existentes, que podem ser convertidos em links, facilitando o envio. Além disso, os dados armazenados no servidor podem ser acessados de qualquer lugar e de forma colaborativa pelo grupo de pesquisadores (Mota, 2019).

> [...] o Google Forms pode ser muito útil em diversas atividades acadêmicas, nesse caso em especial para a coleta e análise de dados estatísticos, facilitando o processo de pesquisa. A grande vantagem da utilização do Google Forms para a pesquisa, seja ela acadêmica ou de opinião é a praticidade no processo de coleta das informações. O autor pode enviar para os respondentes via e-mail, ou através de um link, assim todos poderão responder de qualquer lugar (Mota, 2019, p. 373).

O convite para participação dos coordenadores dos programas de residências em saúde da família foi encaminhado por e-mail conforme as informações disponibilizadas pela CNRMS.

A mensagem enviada no corpo do e-mail explicou os objetivos do estudo e o link do Google Forms. Assim, as informações foram coletadas a partir de roteiros estruturados, de forma que os participantes pudessem expressar seu conhecimento e experiência acerca do tema (Apêndice-I). O roteiro foi estruturado em 6 dimensões. A **Dimensão 1)** Perfil dos participantes da pesquisa; **Dimensão 2)** Histórico e configuração do PRMSF; **Dimensão 3)** Organização didático-pedagógica do programa de residência multiprofissional em saúde da família; **Dimensão 4)** Articulação entre tutor, preceptor, docente e residente dos programas de residência em saúde da família; **Dimensão 5)** Desenvolvimento do trabalho multiprofissional no âmbito do programa de residência em saúde da família e **Dimensão 6)** Articulação do programa de residência em saúde da família com a gestão.

### 4.4.2 Processamento e análise dos dados

Os dados quantitativos que emergiram do questionário receberam tratamento estatístico e descritivo, foram tabulados, interpretados, processados e apresentados descritivamente. Para tanto, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel®, o qual auxiliou o processo de sistematização dos resultados que embasaram a etapa final do estudo. As estatísticas descritivas foram apresentadas a partir da interpretação de frequências absolutas e relativas.

As questões abertas foram sistematizadas e apresentadas de forma descritiva, com ênfase às estratégias de pesquisa qualitativa. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática que, segundo Minayo (2013, p. 316), “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma

comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado".

A análise temática foi processada em três etapas, sendo a primeira a pré-análise, em que o pesquisador toma contato direto e exaustivo com o material de campo, aproximando-se do conteúdo coletado. Nessa etapa, constitui-se o corpus da pesquisa, ou seja, o tratamento do material coletado possibilitará elementos que oferecerão validade qualitativa ao estudo, ao proceder algumas normas, como: exaustividade, em que os dados deverão contemplar todos os aspectos levantados no roteiro inicial; representatividade, que exponha as características essenciais do todo investigado; homogeneidade, que auxiliará a escolher os temas; pertinência, que garanta que os dados coletados sejam adequados para responder aos objetivos do estudo e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, momento que retoma a etapa exploratória, em que, por meio da leitura exaustiva do material, se revisa a questão inicial da pesquisa e, caso seja necessário, reformula-se o pressuposto inicial do estudo ou identificam-se novas questões não percebidas anteriormente. Determina-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes e a forma de categorização (Minayo, 2013).

A exploração do material compõe a segunda etapa de tratamento dos dados e constitui-se uma fase importante na análise temática, pois o pesquisador busca identificar categorias "[...] que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado" (Minayo, 2013, p. 317). Essa etapa deve ser cuidadosa, pois o momento de categorização deverá possibilitar uma abordagem rica e densa do objeto estudado. A categorização parte da unidade de registro, que é construída por palavras, frases, temas ou acontecimentos relevantes, os quais serão considerados pela quantidade de recorrência na sistematização dos dados; isso permite, assim, a associação dos dados e a escolha de categorias (Minayo, 2013).

A última fase da análise temática é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, etapa em que se destacam informações relevantes e complexas obtidas, para propor inferências e interpretações a partir dos fundamentos teóricos construídos inicialmente pelo pesquisador (Minayo, 2013).

Os dados qualitativos foram submetidos a uma síntese que expresse a essência dos conteúdos presentes nas respostas do questionário. Essa síntese foi novamente submetida a sucessivas leituras e análises que possibilitaram a

emergência das temáticas, as quais expressaram a visão dos coordenadores dos PRMSF.

### 4.5. Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016. Essa resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (Brasil, 2012f, 2016b). Foram obedecidas as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados, nº 13709/2018 (Brasil, 2018b), que disciplina acerca da proteção de dados pessoais, assim como orientações para pesquisas em ambiente virtual dispostas no Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (Brasil, 2021g).

Nesse sentido, em todas as etapas, foi possível garantir o anonimato aos participantes. Este projeto foi submetido ao Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e, após a sua aprovação com parecer consubstanciado de nº CAAE: 58463322.5.0000.0107 e aprovado pelo Parecer CEP: 5.436.484, foi realizada a coleta dos dados.

Assim, foi enviado convite aos participantes, apresentando o título do estudo, os objetivos, as estratégias metodológicas e os aspectos éticos adotados, além do link de acesso ao formulário.

Ao abrirem o link, imediatamente, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), com todas as informações sobre o estudo, esclarecendo, a todos os que o acessarem, os objetivos, a metodologia, os benefícios e os riscos de participação no estudo. Além de garantir aos participantes o sigilo, há o anonimato e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos, bem como o contato dos pesquisadores. Após a leitura do Termo, cada participante pôde escolher uma das seguintes opções: a) concordo em participar desta pesquisa; b) não concordo em participar desta pesquisa, assim, o instrumento só poderá ser acessado se for escolhida a primeira opção.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram organizados em seis artigos, de forma a contemplar os objetivos inicialmente propostos, evidenciando os principais resultados do estudo.

| **Artigo 1:** | **Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Brasil** |
|---|---|
| Objetivo | Mapear os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) implantados no Brasil, quanto à gestão, organização e financiamento. |
| Metodologia | Estudo exploratório com abordagem quantitativa. |
| Resultados | Os PRMSF possuem a gestão da coordenação com predominância feminina, em sua maioria, graduadas em enfermagem. O maior número de participantes do estudo foi da região Sul 12 (50%). Dos coordenadores, 16 (66,7%) cursaram doutorado, oito (33,3%) mestrado e acumulavam outras funções além da coordenação, 20 (83,3%), sendo que 10 (41,7%) trabalhavam na área da saúde há 15 anos ou mais. Deles, quatro (16,7%) dedicavam-se 8 horas; quatro (16,7%) 10 horas; seis (25%) 20 horas e três (12,5%) 40 horas. Das bolsas aos residentes, 14 (58,4%) são pagas pelo Ministério da Saúde. 13 (54,2%) foram criados por Instituição de Ensino Superior Pública. A Atenção primária/básica em Saúde é o cenário de prática de 24 (100%) dos programas participantes e a enfermagem é a categoria profissional presente em todos os programas. |
| Considerações Finais | Os PRMSF são uma política pública de formação na saúde e podem contribuir para o cuidado integral e qualificação da AB, pela articulação de saberes profissionais, com vistas ao |

| | |
|---|---|
| | desenvolvimento de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares. |
| Periódico de publicação | Cuadernos de Educación y Desarrollo (CED)**.** Link para acesso: https://ojs.europubpublications.com/ojs/index.php/ced/article/view/3060/2521 |
| **Artigo 2:** | **Organização didático-pedagógica dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família** |
| Objetivo | Descrever as estratégicas didático-pedagógicas para formação em PRMSF. |
| Metodologia | Estudo exploratório de caráter quantiqualitativo e predominância qualitativa. |
| Resultados | Participaram 24 coordenadores e todos relatam que o programa tem 80% de carga horaria teórica e 20 de práticas. A análise temática de conteúdo apresentou as temáticas e formatos metodológicos adotados nas atividades de formação dos residentes dos PRMSF e transversalidade nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A avaliação ocorre de variadas formas com destaque para avaliação prática,17 (70,8%), seminários e projeto aplicativo de intervenção, 16 (66,7%). |
| Considerações Finais | Os PRMSF precisam reforçar estratégias didático-pedagógicas fortalecedoras da postura multiprofissional, interdisciplinar, crítico-reflexivo e que possibilite experiências educativas orientadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. |
| Periódico de publicação | Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales. Link para acesso: |

| | |
|---|---|
| | https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4730 |
| **Artigo 3:** | **Planejamento e implementação da formação em programas de residência multiprofissional em saúde da família** |
| Objetivo | Descrever os processos de planejamento e implementação da formação em PRMSF. |
| Metodologia | Estudo exploratório com abordagem quantitativa. |
| Resultados | Dos 24 (100%) participantes, 18 (75%) relataram o desenvolvimento e o planejamento das ações formativas específicas de cada área do programa de forma articulada entre tutor e preceptor e, para 17 (70,8%), foram realizadas de forma articulada entre tutor, preceptor e residentes. A existência de um cronograma de reuniões periódicas entre tutor/es, preceptor/es e residentes foi destacada por 22 (91,7%) coordenadores. Os critérios adotados para atuação de tutores, preceptores e docentes vão desde processo seletivo, indicação dos gestores até a disponibilidade ou interesse. |
| Considerações Finais | É importante a criação de políticas de formação que visem à qualificação e valorização dos profissionais envolvidos no PRMSF, com vistas a garantir um perfil profissional alicerçado nas características multiprofissionais e interdisciplinares. |
| Periódico de publicação | Aceito para publicação na Revista Cereus. Link: http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/about |
| **Artigo 4:** | **Articulação das esferas de gestão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família** |
| Objetivo | Descrever a articulação entre as esferas de gestão dos |

| | |
|---|---|
| | Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). |
| Metodologia | Estudo exploratório com abordagem qualiquantitativa. |
| Resultados | A representatividade da gestão municipal/estadual e/ou institucional ocorre em 18 (75%) dos PRMSF; há instalações específicas para a coordenação e gerenciamento em 13 (54,2%); para 15 (62,5%), não há dificuldades na articulação do programa com a gestão; em 13 (54,2%), não há incentivo financeiro para os profissionais envolvidos e, para 21 (87,5%), inexiste recurso financeiro específico para os programas. Evidenciaram-se ações pactuadas com as instituições para a condução dos PRMSF, como termo de compromisso, contratos, convênios e Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) firmados entre os programas, gestões e as Instituições de Ensino Superior (IES), bem como dificuldades na articulação com a gestão e estratégias para a sua superação. |
| Considerações Finais | A articulação para gestão dos PRMSF ocorre de forma coparticipativa com representatividade das Instituições proponentes e executoras em reuniões da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) e Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE) e são efetivados por meio de contratos e convênios firmados entre o programa e as IES. |
| Periódico de publicação | Submetido à Revista Amazônia: Science & Heatlh. Link: http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/about |
| **Artigo 5:** | **Desenvolvimento do trabalho multiprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família** |
| Objetivo | Identificar ações desenvolvidas de forma multiprofissional pelos |

| | |
|---|---|
| | profissionais e residentes dos PRMSF. |
| Metodologia | Estudo exploratório com abordagem qualitativa. |
| Resultados | Emergiram as temáticas: Ações que promovem o trabalho multiprofissional e interdisciplinar; Relação entre os residentes e os profissionais da equipe de saúde; Fatores que dificultam o desenvolvimento e implementação dos PRMSF; Planejamento e organização de atividades multiprofissionais entre programas; Dificuldades com a gestão; Falta de valorização dos profissionais do programa; Ausência de recursos financeiros para a desenvolvimento das atividades do programa; Ausência de processos formativos e Garantia de condições para atuação da coordenação dos PRMSF. |
| Considerações Finais | Evidenciaram-se ações multiprofissionais na realização de visitas e consultas compartilhadas, matriciamento, reuniões com as equipes de saúde e rodas de conversas. Assim, os PRMSF devem possibilitar a associação entre teoria e práticas, realização de atividades técnicas e acadêmicas, pesquisas e diálogo com outras áreas de conhecimento, condições para atuar no SUS de forma multiprofissional e interdisciplinar. |
| Periódico de publicação | Submetido à Revista Revista Interação Interdisciplinar. Link: https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/interacao |
| **Artigo 6:** | **Residências Multiprofissionais em Saúde da Família: fortalecimento da educação permanente em saúde e relação entre formação e atuação** |
| Objetivo | Identificar, nos PRMSF brasileiros, a articulação das iniciativas com a EPS e descrever como os coordenadores dos PRMSF avaliam a relação entre a formação e atuação dos profissionais no SUS. |

| | |
|---|---|
| Metodologia | Estudo exploratório com abordagem qualitativa. |
| Resultados | A análise temática de conteúdo apresentou as temáticas: Os PRMSF como espaço articulador para o desenvolvimento da Educação Permanente; Ações de integração ensino-serviço no âmbito dos PRMSF; formação realizada pelos PRMSF e acompanhamento dos egressos dos PRMSF. |
| Considerações Finais | As articulações estabelecidas para o fortalecimento da EPS são evidenciadas no envolvimento dos residentes nos Núcleos de Educação Permanente e nas atividades de integração com a comunidade, pela Educação Popular em Saúde, participação nos conselhos locais e regionais. |
| Periódico de publicação | Submetido à Revista de Estudos Interdisciplinares. Link: https://revistas.ceeinter.com.br/revistadeestudosinterdisciplinar |

## 6. CONSIDERAÇÕES GERAIS DA TESE

Na direção de cumprimento do papel à formação de profissionais para o SUS, estão os PRMSF, uma relevante inciativa, ao integrar práticas de pesquisa e ensino em saúde, na modalidade treinamento em serviço, em cumprimento ao modelo de assistência decorrente dos princípios e diretrizes do SUS e alicerçado na PNEPS.

Assim, a formação de recursos humanos em saúde é uma temática que é pauta frequente de debates, discussões e reuniões em fóruns, seminários, congressos, jornadas e eventos com vistas à formação em saúde. Os PRMSF surgem, portanto, como uma ferramenta para promover a necessária formação e qualificação da prática profissional, no âmbito da APS, tendo a ESF como espaço privilegiado para o desenvolvimento dos processos formativos.

Nessa perspectiva, difundir e fomentar a formação em serviço é uma estratégia fundamental para a expansão dos PRMSF, que passam a ocupar as instituições e serviços como dispositivo de constituição de práticas multiprofissionais e interdisciplinares.

Assim, a relevância deste estudo destaca-se pela importância em conhecer a configuração dos PRMSF do Brasil, de maneira a proporcionar espaços de discussão, construção coletiva e atualização acerca da importância do papel dos coordenadores diante das necessidades do mercado de trabalho, dos serviços públicos de saúde; ademais, apresenta subsídios para estudos futuros que objetivem, principalmente, propor estratégias de melhorias e adaptações dos programas, com direcionamento para melhor atender às demandas de formação dos profissionais em sua atuação no SUS; isso auxilia, assim, o direcionamento da política de educação na saúde.

Para tanto, esta pesquisa buscou conhecer como se desenvolvem os PRMSF, os desafios e potencialidades nas regiões brasileiras.

As seis dimensões exploradas neste estudo permitem afirmar que os PRMSF possuem a gestão da coordenação com predominância feminina, em sua maioria, graduadas em enfermagem; o maior número de programas efetiva-se na região Sul, com financiamento da bolsa formação aos residentes custeadas, em maior proporção, pelo MS. Os cenários de prática da residência têm seu protagonismo na Atenção Primária/Básica em Saúde. Destaca-se a Enfermagem como a categoria profissional de maior protagonismo e evidência.

No entanto, há **desafios** à afirmação dos princípios e diretrizes do SUS. Isso porque, apesar de ser considerado importante dispositivo de ações de EPS, os PRMSF ainda se deparam com inúmeros desafios para consolidar as práticas interdisciplinares e a interação entre os sujeitos atores do programa.

Pode-se inferir, diante disso, que os PRMSF requerem o investimento em estratégias pedagógicas que possibilitem aos residentes uma postura multiprofissional, interdisciplinar, inseridos com o seu processo de ensino-aprendizagem, de forma que possam construir uma gestão educacional, com vistas à integralidade do cuidado no transcorrer da formação dos residentes. Nesse sentido, os PP precisam continuamente ser submetidos a revisões e, por isso, destaca-se a importância da divulgação dos métodos avaliativos adotados pelos PRMSF, na perspectiva de seu desenvolvimento enquanto processo de conhecimento e formação. Nesse sentido, o NDAE figura-se como espaço privilegiado para a constante reflexão e aprimoramento dos programas.

É importante que os PRMSF estabeleçam cronograma e a sistematização de processos de educação permanente, em que o planejamento envolva os coordenadores, tutores, preceptores e docentes, no sentido de fornecer as condições necessárias para o exercício pleno e efetivo das atividades desenvolvidas, concretizando, assim, a integração proposta pelos PP.

Ainda, há de se apontar a necessidade de critérios uniformes para a seleção dos profissionais que irão atuar nos PRMSF, uma vez que a ausência e diversidade das formas adotadas para a seleção poderão acarretar dificuldades na fixação desses profissionais nos programas e prejudicar a formação de trabalhadores para a política de saúde.

Assim, é necessário que as instituições promotoras dos PRMSF invistam na formação dos profissionais com vistas à qualificação e fortalecimento de suas atribuições, para que se reconheçam como profissionais participantes e atuantes na construção do processo de aprendizagem dos residentes e, dessa forma, contribuam para a efetivação e planejamento das atividades educacionais no âmbito de sua prática profissional.

Os PRMSF evidenciam ganhos para os seus participantes, expressos principalmente pela possibilidade do trabalho multiprofissional e na aprendizagem interdisciplinar; contudo, há que se avançar em melhores estratégias, de forma que os fatores que dificultam o desenvolvimento dos PRMSF sejam minimizados.

Os participantes apontaram fragilidades existentes no processo de integração ensino-serviço dos PRMSF, como: dificuldades com os gestores; ausência de valorização dos profissionais que atuam nos programas, escassez de recursos financeiros para implementação das ações realizadas pelos PRMSF; deficiências nos processos formativos para os membros, além da garantia de condições de infraestrutura e recursos humanos para atuação da coordenação dos PRMSF. Essas deficiências influenciam a qualidade das atividades, podendo comprometer a formação dos residentes e, consequentemente, o serviço prestado à população.

Ao se considerar a formação multidisciplinar, depara-se com o desafio de colocar em prática ações estratégicas que viabilizem vivências e produção de conhecimento na APS. Entretanto, no decorrer do processo de formação, ainda há desafios estruturais e organizacionais que, de certo modo, dificultam a atuação dos profissionais residentes, havendo a necessidade de reestruturação dos programas já vigentes.

Destaca-se a importância da cogestão dos PRMSF entre os entes federativos, para que possam melhorar os processos de trabalho da AB e a qualificação do cuidado prestado pela ESF. Especialmente no contexto de escassez nos recursos e investimentos na formação de profissionais de saúde e na atenção básica, é fundamental o fortalecimento das relações e interações ensino-serviço e sustentação de programas de residências multiprofissionais em saúde, com ênfase na saúde da família.

Cabe refletir que essa modalidade de formação apresenta várias dificuldades, como fases de interrupção do funcionamento da CNRMS, ausência de investimentos e abertura de editais pelo MS para custeio de bolsas, extinção da CNRMS, retomada pela Portaria Interministerial nº 7/2021, oscilação do Sistema Nacional de Residências em Saúde (Sinar) do MEC, que faz a gestão dos programas de residências realizados nas instituições credenciadas pela CNRMS, e divergência dos dados de programas ativos e cadastrados, prazos de cadastro, avaliação e aprovação dos programas de residências desalinhados; ainda, dificuldades na emissão de numeração dos certificados para os Programas que possuem egressos, o que gera impasse na certificação dos formandos, entraves que podem causar fragilidade na formação multiprofissional e interdisciplinar proposta pelos PRMSF a serem desenvolvidos nos cenários da AB.

Mesmo sendo instituído o Banco de Avaliadores pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), por meio da Resolução nº 1/2013, alterada pela Resolução nº 3/2013, não há evidências de que tenham ocorrido processos avaliativos *in loco* de forma a registrar as condições concretas em que se desenvolvem os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde; assim, muitos programas aguardam o reconhecimento para emissão de certificação aos concluintes.

O estudo buscou evidenciar as **potencialidades** dos PRMSF para os serviços de saúde nos quais os programas estejam inseridos, reforçando a importância dessa modalidade de formação para o trabalho e para o desenvolvimento da EPS, como adjuvante nos processos de trabalho para a RAS, em especial, no cenário da AB em saúde, especificamente nas USF, ambiente preferencial do programa.

Foi possível compreender que a EPS tem sido utilizada pelos profissionais de saúde como uma ferramenta para possibilitar mudanças nos processos de trabalho, levando à qualificação profissional e promovendo mudanças importantes que objetivam um trabalho multiprofissional. Mas, apesar do PRMSF utilizar a EPS, como metodologia de trabalho, ainda assim, tal atribuição não é ação adotada por todos os programas como espaço virtuoso de formação para o SUS.

Percebeu-se que os PRMSF tem sido uma estratégia de desenvolvimento da EPS e pressupõem a aprendizagem significativa, crítica e transformadora dos profissionais residentes em formação. No âmbito de atuação do SUS, faz-se necessário que os profissionais sejam participantes ativos do processo de construção e formação, a partir das suas reflexões e questionamentos, e das demandas dos usuários, dos serviços, dos territórios a que se vinculam.

Demonstra-se a relevância do processo de formação nessa modalidade de especialização, no formato residência multiprofissional, indicando a importância da manutenção do investimento nas RMS, como estratégia de formação e dispositivo de produção de profissionais mais envolvidos com o SUS e seu avanço como sistema de saúde formativo, integral e resolutivo.

É nesse sentido que se reafirma a importância de instituir uma política nacional de fortalecimento das residências que vise à regulação e formação de profissionais de saúde para atuação no SUS, a qual seja pautada pelo treinamento em serviço, no trabalho em saúde, como princípio educativo, baseada nos pressupostos da PNEPS.

Pode-se inferir que os PRMSF têm-se mostrado como uma estratégia de excelência para qualificação de trabalhadores para o SUS, por ser um importante espaço de articulação de saberes e reorientação das práticas educativas e profissionais, reafirmando o lugar do planejamento, como ferramenta de gestão, mas, sobretudo, processo de formação em saúde, em que participam sujeitos, individuais e coletivos, de forma a envolver os entes federativos e as Secretarias de Saúde, Municipal ou Estadual, mas também na gerência das unidades de saúde.

Assim, os PRMSF possibilitam a formação de profissionais que atuem de forma integral e interdisciplinar, constituindo-se como uma formação relevante para otimização das ações em saúde. Nessa perspectiva, as residências são espaços potenciais e privilegiados para a educação multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo o desenvolvimento da assistência à saúde integral e com qualidade.

Evidencia-se que, para ampliação do reconhecimento dos PRMSF, como estratégia para o fortalecimento da EPS no âmbito da AB, é necessário dar continuidade ao estudo da temática para ampliar as publicações que investiguem as contribuições ao serviço. A sistematização dos desdobramentos dos PRMSF para o incremento do cuidado no SUS pode mostrar se tais programas devem ser expandidos despertando interesse de gestores e serviços de saúde na pactuação com instituições de ensino a fim de serem cenário de prática para a formação de um profissional com perfil diferenciado para o SUS.

Nesse sentido, propõe-se, com esta pesquisa, levar a conhecimento de gestores, instituições de ensino, profissionais de saúde e comunidade a importância dos PRMSF e a importância dos profissionais (Preceptores, Tutores, Docentes e Coordenadores), que atuam nos programas para o fortalecimento do SUS, a partir da excelência do ensino em serviço. Dessa forma, é possível fortalecer e apontar para a valorização e investimento nesse profissional, seja diretamente em formação, remuneração, como também na oferta de melhores condições de trabalho.

Reitera-se que outros estudos, que envolvam os PRMSF desenvolvidos no Brasil, podem ser realizados, de forma a divulgar a formação feita por essa modalidade de especialização, de maneira a evidenciar os conhecimentos apreendidos com esse formato de processo formativo e seus reflexos para o SUS.

Ademais, ainda, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas futuras que considerem diferentes contextos na formação profissional em saúde nas residências

multiprofissionais; assim, devem ser investigados e analisados na perspectiva dos preceptores, tutores, docentes e residentes.

## 7. REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C. *et al.* A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev. Eletr. Enf,** v. 15, n. 3, p. 802-9, 2013. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20776/15507. Acesso em: 31 jan. 2022.

ALEIXO, J. D. A. *et al.* Adaptação cultural e validação de conteúdo do Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ) para o Brasil. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/PC-APE/Downloads/20412-Article-250127-1-10-20210925.pdf. Acesso em: 1 maio 2022.

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v16n2/a03v16n2.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

ALVES, C. C. *et al.* Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 4, p. 597-608, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rn/a/M96qrHptqDWwwmxzVTLGh8d/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS MUNICÍPIOS (AMM). **Portaria institui incentivo financeiro destinado aos municípios que alcançaram as metas do Programa Previne Brasil**, 2021. Disponível em: https://portalamm.org.br/portaria-institui-incentivo-financeiro-destinado-aos-municipios-que-alcancaram-as-metas-do-programa-previne-brasil/. Acesso em: 25 jun. 2021.

AUTÔNOMO, F. R. O. M. **A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras**. 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24420/1/francine_autonomo_ensp_mest_2013.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

AVELLAR, W. O. **O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: limites e possibilidades frente às políticas de inovação em saúde.** 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24520/1/william_avellar_ensp_mest_2013.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BADAN, D. E. C.; MARCELO, V. C.; ROCHA, D. G. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/cmMZnkXYpgyZ7BkVmtBTrmq/?lang=pt. Acesso em: 19 maio 2021.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4,

p. 802-810, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400020&script=sci_arttext. Acesso em: 9 jun. 2021.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS:** significado e cuidado. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/. Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998.** Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.** Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diário Oficial da União. 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. **Portaria n.198, 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. Ministério da Saúde. Brasília-DF: 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005a.** 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. 2005a. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11129&ano=2005&ato=1aeIzaE5EMRpWTd15. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.111/GM, de 5 de julho de 2005b**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília-DF: 2005a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.143, de 07 de julho de 2005c.** Apoia programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1143_07_07_2005.html. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005d.** Instituir, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, do Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde, para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de gestão participativa. Saúde da família panorama, avaliação e desafios. **2º seminário de gestão participativa**. Brasília-DF: 2005e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_panorama_avaliacao_desafios.pdf. Acesso em: 9 jun. 2014.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2006b. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007a.** Brasília: Ministério da Educação, Ministério da

Saúde, 2007a. Disponível em: file:///C:/Users/PCAPE/Downloads/portaria_45_2007-1.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL**. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007b**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010.** Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Brasília-DF: 2010a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15466-port-1320-11nov-2010&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta nº 1.016, de 11 de agosto de 2010**. 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. Brasília-DF: 2010b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15424-portaria-cj-1016-agos-2010&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010.** Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília-DF: 2010c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010.** Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS), no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2010d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0011_28_12_2010.html. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010e. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação**. Resolução CNRMS nº 2, de 2 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre a transferência de profissionais da saúde residentes. Brasília-DF: 2011a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15446-resol-cnrms-n2-02fev-2011&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação**. Resolução CNRMS nº 3, de 17 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. Brasília-DF: 2011b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15451-resol-cnrms-n3-17fev-2011&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação**. Resolução CNRMS nº 4, de 15 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a data de início dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, preenchimentos de vagas e desistências. Brasília-DF: 2011c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15468-resolucao-4-15dez-2011&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 1, de 30 de janeiro de 2012.** Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília-DF: 2012a. Disponível em: https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2012/resolucoes/Res_1_300112.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília-DF: 2012b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resolcnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 3, de 16 de abril de 2012.** Dispõe sobre a data de início dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, preenchimentos de vagas e desistências. Brasília-DF: 2012c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15469-resol3abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação**. Resolução CNRMS nº 4, de 17 de outubro de 2012.** Nomear os integrantes das Câmaras Técnicas - CT da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Brasília-DF: 2012d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15218-res-04-17102012&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 5, de 23 de novembro de 2012.** Institui o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SisCNRMS. Brasília-DF: 2012e. Disponível em:

https://www.semesp.org.br/wpcontent/uploads/2012/11/Resolucao05_de_23_novembro_2012.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012f. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 1, de 6 de fevereiro de 2013, alterada pela Resolução CNRMS nº 3, de 20 de junho de 2013.** Institui o Banco de Avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS e dá outras providências. Brasília, DF. 2013. Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15444-resol-cnrms-n1-06fev-2013&Itemid=30192. Aceso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014.** Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília-DF: 2014a. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/08/portaria-MEC-16-22122014.pdf. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 5, de 07 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. Brasília-DF: 2014b. Disponível em: https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1662/resolucao-cnrms-n-5. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 6, de 07 de novembro de 2014.** Institui o banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS e dá outras providências. Brasília-DF: 2014c. Disponível em: https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1661. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014.** Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília-DF: 2014d. Disponível em: https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1657/resolucao-cnrms-n-7. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 3, de 16 de março de 2016**. Altera o valor de bolsa formação. Brasília, 2016a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21396034/do1-2016-03-17-portaria-interministerial-n-3-de-16-de-marco-de-2016-21395987. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Resolução nº 510, de 07 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, na forma definida nesta Resolução. Brasília-DF: 2016b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) n° 13.709/2018b**. Disponível em: https://www.gov.br/mds/ptbr/acessoainformacao/lgpd#:~:text=A%20Lei%20Geral%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o,da%20personalidade%20de%20cada%20indiv%C3%ADduo. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019a.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019a. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde (SAPS). **Incentivo financeiro de custeio de equipes de saúde integradas a programas de formação profissional.** Brasília-DF: 2019b. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/formacaoprofissionalaps/public/file/FAQ_NovoFinanciamento_formacao_prof.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Municípios já podem solicitar incentivos para formação em Saúde da Família**. Brasília-DF: 2020a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/8197. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília-DF: 2020b. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 580, de 27 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília-DF: 2020c. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF: 2021a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Provisão de profissionais.** Brasília-DF: 2021b. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/provisao-deprofissionais. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Pela primeira vez, governo federal repassa recurso aos municípios para investir em formação profissional na APS.** Brasília-DF: 2021c. Disponível em: http://aps.saude.gov.br/noticia/6715. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021.** Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília-DF: 2021d. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-Interministerial-007-2021-09-16.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021.** Altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos medicos-residentes e aos residentes em área profissional da saúde. Brasília-DF: 2021e. Disponível: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 1, de 24 de dezembro de 2021f**. Estabelece o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Disponível em: https://www.gov.br/mec/ptbr/areasdeatuacao/es/resolucaoresidenciamedica/copy_of_RESOLUOCNRMSN1DE24DEDEZEMBRODE2021RESOLUOCNRMSN1DE24DEDEZEMBRODE2021DOUImprensaNacional.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº 2/2021/Conep/SECNS/MS**. Brasília, 2021g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2021h. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1598_16_07_2021.html. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS n° 1, de 3 de março de 2022a.** Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência – CODEMUs. Disponível em: https://www.gov.br/mec/ptbr/areasdeatuacao/es/residenciamultiprofissional/pdf/RICODEMUS.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 3, de 14 de abril de 2022b**. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento das Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, e dá outras providências. Disponível em: https://www.gov.br/mec/ptbr/areasdeatuacao/es/residenciamultiprofissional/pdf/RESOLUOCT.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n° 4 de 12 de agosto de 2022c.** altera o Anexo da Resolução CNRMS nº 1, de 3 de março de 2022, que dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multiprofissional/pdf/CNRMSN4DE12DEAGOSTO.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRS). Secretaria de Educação Superior Diretoria de Desenvolvimento de Educação em Saúde (DDES). Secretaria de Educação Superior (SESu). **Resposta Demanda nº. 23546.073679/2022-16.** Brasília, DF. 2022d. Disponível em: https://falabr.cgu.gov.br/web/login?consultarManifestacao=true&redirect=/principal. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Áreas de atuação. Educação Superior. Residência Multiprofissional. Comunicados. **Recadastramento de programas vigentes e ativos**. Brasília, DF. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multiprofissional/comunicados. Acesso em: 17 mar. 2024.

CAVALCANTE, M. G. S. *et al.* Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/11.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

CECCIM, R. B.; FEURERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 maio 2021.

CEZAR, P. K. *et al.* A psicologia na estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. **Psicol Ciênc Prof**, v. 35, n. 1, p. 211-224, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/5tk8YyC5HqVPkmPYhGTJLtt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 dez. 2021.

CHEADE, M. F. M. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 3, p. 592-5, 2013. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360/27850. Acesso em: 15 jun. 2021.

CLOSS, T. T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica:** formação para a integralidade? 2010. 228 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5195/1/000426179-Texto%2bCompleto-0.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

COSTA, A. C. S.; AZEVEDO, C. C. A integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. **Tempus acta de saúde coletiva,** v. 10, n. 4, p. 265-282, 2016; Disponível em: https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2013/1732. Acesso m: 18 maio 2021.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017. Acesso em: 9 jun. 2021.

D'AVILA, L. S. *et al.* Adesão ao programa de educação permanente para médicos de família de um estado da região Sudeste do Brasil. **Rev Ciência & Saúde Col,** v.19, n.2, p.401-416, 2014. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csc/a/Vs5WS4Ly6gXSxXgQZmJzGYJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 maio 2021.

DEMARCO, E. A. **Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS:** avaliação de um programa de residência. 2011. Dissertação. 84 f. (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/142762. Acesso em: 18 maio 2021.

DIAS, I. M. A. V. *et al*. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde debate,** v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NvstRLPxqbftTjyySHjZbqt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 maio 2021

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HNSRXR83T7VKTXFf4qwNxQp/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

ELIAS, C. E. L. **Educação Permanente no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família:** Possibilidades de ensinar e aprender. (Monografia). 43 f. Araçuaí, Minas Gerais, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0208.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf. Acesso em: 16 mar. 2024.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção primária à saúde:** histórico e perspectivas. *In:* MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171. Acesso em: 20 jun. 2024.

FERNANDEZ, M.; KLITZKE, D. Reflexões sobre o novo financiamento da Atenção Primária à Saúde. **Nexo Políticas Públicas.** Seção Ponto de vista. 2024. Disponível em: https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2024/05/06/reflexoes-sobre-o-novo-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude. Acesso em: 17 jun. 2024.

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

FLINKER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface-**

**Comunic., Saúde, Educ,** v. 15, n. 39, p. 1053-67, 2011. Disponívelem: https://www.scielo.br/j/icse/a/XKryGLfgtyzVpNTKprksdCN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 18 maio 2021.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre coletivos. **Rev. Esc. Enferm**, USP. v. 40, n. 1, p. 105-10, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7m539QLWDgMSWdjvQTMZBNf/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

JUNQUEIRAI, T. S. *et al*. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Rev Bras de Educ Med,** v. 33, n. 1, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/sGBKYmZv6dvWmMHxMGR7DGD/?lang=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. **Rev. Cienc & Saúde Colet,** v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fjKYMRN6cVdt3SrJqrPhwJr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

LIMA, R. G. M.; SALES, L. B.; NETO, M. A. A. O papel da residência multiprofissional em saúde – análise crítica. **Anais do Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.** Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 104, 2012. Disponível em: https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/109/109. Acesso em: 4 jul. 2021.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: uma cartografia da dimensão política. 2010. 117f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina: 2010. Disponível em: http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/105.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

MATTA, G. C. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. **In:** EPSJV. (Org.) Estudos de Politécnia e Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm,** v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/ZtmzbdKQJnYTZLBHsPtHXrr/?lang=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação Permanente em Saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública,** v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/abstract/?lang=pt. Acesso em: 22 maio 2021.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.

MIOTO, R. C. T. *et al.* As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da universidade federal de Santa Catarina. **Serv. Soc.& Saúde**, Campinas, SP. v. 11, n. 2, p. 185-208, 2012. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635288/3090. Acesso em: 15 jun. 2021.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. **ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004. Disponível em: https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1495/909. Acesso em: 22 maio 2021.

MOTA, J. S. Utilização do Google Forms na Pesquisa Acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas (Tocantins), v. 6, n. 12, p. 371-379, 2019. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1106. Acesso em: 25 maio 2021.

MOTA, R. B. A. **Programa de residência multiprofissional integrada em saúde:** uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 A 2015. 2016. 66 f. (Dissertação). Recife (PE): Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco; 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/20013/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20RAQUEL%20BARROS%20ANDRADE%20MOTA%20CFCH%20MPPP.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

MUSSI, R. F. F. *et al*. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista SUSTINERE**, Rio de janeiro, v. 7, n. 2, p. 414-430, 2019. Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193/32038. Acesso em: 15 nov. 2021.

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. **REME – Rev. Min. Enf**, v. 10, n. 4, p. 435-439, 2006. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/443. Acesso em: 18 maio 2021.

NETO, M. V. M.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 4, p. 586-93, 2015 Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/nBsGbgRP3DX4Z37pKpjy7xc/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 4 jul. 2021.

NECKEL, L. G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes da família. **Ciência & Saúde**, n. 14

(Supl.1), p. 1463-1472, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

OLIVEIRA, F. G. V. C. *et al.* A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 44, p. 201-210, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/rVFvDKySnHZWGS6xNND8NdF/abstract/?lang=pt&format=html. Acesso em: 20 maio 2021.

PAIVA, G. M. *et al.* Estudo bibliométrico acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Sanare-Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 2, p. 141-147, 2015. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/839/510. Acesso em: 22 maio 2021.

PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia.** Editora Napoleão Ltda., 2009.

PEROVANO, D. G. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica.** Curitiba: InterSaberes, 2016.

PINHO, L. M. G.; GARCIA, V. L.; MARTINS, M. C. F. N. Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 23-31, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20605/13850. Acesso em: 23 maio 2021.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. E. Formulação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 27, n. 9, p. 1777-1788, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/HSsyd8WJxj6McwtsTVYFStz/?lang=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=Metodologia+do+trabalho+cient%C3%ADfico+[recurso+eletr%C3%B4nico]:+m%C3%A9todos+e+t%C3%A9cnicas+da+pesquisa+e+do+trabalho+acad%C3%AAmico&ie=utf8&oe=utf8&gws_rd=cr&ei=XQG0VYGBKsaUNqn6tbgC. Acesso em: 25 jul. 2021.

RAMOS, F. R. S.; PADILHA, M. I. C. S. Formação profissional e políticas de saúde – cenários em transformação? *In:* **Coloquiu Luso Brasileiro sobre Questões Curriculares**, Braga, v. 3, 2006.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A Prática Educativa dos Preceptores nas Residências em Saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,

Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yGh3vCzsbKPdtss9ZJvTVgx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 dez. 2021.

RODRIGUES, A. **Pesquisa Mercadológica**. São Paulo: Pearson, 2015.

RODRIGUES, D. F. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/PC-APE/Downloads/14491-Article-191646-1-10-20210428.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família: O significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Ana Nery,** v. 15, n. 4, p. 701-709, 2011. Disponível em https://www.scielo.br/j/ean/a/sKRhYTnk6KWdFk8v3dJrmwQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 maio 2021.

ROSA, S. D.; VASCONCELOS, E. M. A. Residência Multiprofissional em Saúde e Políticas de Formação Profissional. *In:* **Seminário internacional de educação superior: formação e conhecimento**. Anais eletrônicos. Sorocaba: UNISO, p. 1-8, 2014. Disponível em: https://unisos.uniso.br/publicacoes/anais_eletronicos/2014/2_es_politicas_publicas/13.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 637-660, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aval/a/SMdnsycsymMRrtB44grKTHr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. 2005. n.13. v. 6. p.1027-34. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGXm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/. Acesso em: 16 mar 2024.

SANTIAGO, L. M. *et al*. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf. Acesso em: 9 jun. 2021.

SANTOS, I. G.; BATISTA, N. A.; DEVINCENZI, M. U. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. **Interface (Botucatu),** v. 19, n. 53, p. 349-60, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/44bWxqRg9snKDJ9DRQg6WCh/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 4 jul. 2021.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23115/1/760.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

SCHULTZ, T, W. **O valor econômico da educação.** Rio de Janeiro. Editora Zahar. 1985.

SILVA, C. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto e Contexto em Enfermagem,** v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

SILVA, M. B. *et al.* Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. **REAS/EJCH**, v. 13, n. 2, p. e5491, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e5491. Acesso em: 31 jan. 2022.

SILVA, C. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/KsCG68qwQvwY3zdsywMqrjx/?lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

SILVA, G. F.; GRIEP, R.; CAVALLI, L. O. **Descrição da Escola de Saúde Pública Municipal.** Cascavel/PR: 2018.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhgm9LSW6n84d/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 jun. 2021.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. e0022050, 2019; Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/?lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

SILVA, L. S. **Residências multiprofissionais em saúde: uma proposta de instrumento de avaliação.** 2018. 153 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/205387/PGSC0229-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y. Acesso em: 25 maio 2021.

TEÓFILO, T. J. S.; SANTOS, N. L. P.; BADUY, R. S. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface,** Botucatu, v. 21, n. 60, p. 177-188, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/icse/a/9ypStLBxQ776CbGmGdsdVzH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

TESSER, C. D. *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/630/63020978002.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al*. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/y7VYGQF6R4KXvTBgnNNRW4b/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

WERNECK, M. A. *et al.* Nem tudo é estágio: contribuições para o debate**. Ciênc. & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1 p. 221-231, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/yLcj3JycM3sWFVjSkDWBPLK/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 maio 2021.

ZANNON, C. M. A. C. Desafios à psicologia na instituição de saúde. **Psicol. Cienc. Prof**, v. 13, n. 14, Brasília, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498931993000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 31 maio 2021.

# APÊNDICE – I

## QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL AOS COORDENADORES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

## DIMENSÃO 1) PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

**1.1 Qual sua área de formação profissional na graduação:**
( ) Enfermagem;
( ) Medicina;
( ) Odontologia;
( ) Nutrição;
( ) Serviço Social;
( ) Psicologia;
( ) Fisioterapia;
( ) Fonoaudiologia;
( ) Medicina veterinária;
( ) Biologia;
( ) Biomedicina;
( ) Educação Física;
( ) Farmácia;
( ) Terapia Ocupacional;
( ) Graduação em Saúde Coletiva;
( ) Outro (qual): _____

**1.2 Sexo, conforme IBGE.**
( ) Feminino;
( ) Masculino;
( ) Não me identifico com a o classificação do IBGE.

**1.3 Identificação Étnico-racial**
( ) Branca;
( ) Preta;
( ) Amarela;
( ) Parda;
( ) Indígena;
( ) Não me identifico com essas classificações, me considero:_____

**1.4 Marque a sua atuação no programa de residência, caso acumule outras funções além de coordenador de programa:** (Pode assinalar mais de uma opção)
( ) Coordenador do Programa;
( ) Coordenador de COREMU;
( ) Coordenador de núcleo profissional;
( ) Tutor de núcleo;
( ) Tutor de campo;
( ) Preceptor;
( ) Docente.

**1.5 Há quantos anos você cursou sua graduação?**
( ) 0 a 2 ( ) 3 a 5 ( ) 6 a 8 ( ) 9 a 11 ( ) 12 a 14 ( ) 15 ou mais.

**1.6 Quanto tempo de experiência profissional na saúde, você possui? (Em anos)**
( ) 0 a 2 ( ) 3 a 5 ( ) 6 a 8 ( ) 9 a 11 ( ) 12 a 14 ( ) 15 ou mais. ( ) Nunca trabalhei na área.

**1.7 Você possui curso de Pós-graduação?**
( ) Sim;
( ) Não;
Se sim, qual/is? (Indicar a maior titulação).
( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós- Doutorado – Em que Área?_____

**1.8 Há quanto tempo você está na função de coordenador de programa? (Em anos)**
( ) 1 a 2 ( ) 3 a 5 ( ) 6 a 8 ( ) 9 a 11 ( ) 12 a 14 ( ) 15 ou mais.

**1.9 Qual o tipo de vínculo empregatício exercido no Programa?**
( ) Estatutário;
( ) Celetista;
( ) Temporário;
( ) Convidado;
( ) Outros. Quais? _____

**1.10 Qual carga horária semanal institucional você destina para execução das ações de coordenação do Programa de Residência?**
Digite a carga horária em números: _____

**DIMENSÃO 2) HISTÓRICO E CONFIGURAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**2.1 Qual a Região em que seu programa de residência está instituído?**
( ) Norte ( ) Sul ( ) Sudeste ( ) Centro-oeste ( ) Nordeste.

**2.2 Qual a Instituição responsável pela implantação do Programa de Residência?**
( ) Secretaria Municipal de Saúde;
( ) Secretaria Estadual de Saúde;
( ) Hospital Universitário;
( ) Instituição de Ensino Superior Pública;
( ) Instituição de Ensino Superior Privada;
( ) Outro. Qual(is)_____

**2.3 Há quanto tempo está implantado o Programa de Residência na sua Instituição?**

**2.4 Quais são as categorias profissionais envolvidas no programa de residência da sua instituição?** (Aceita mais de uma opção)
( ) Enfermagem;
( ) Psicologia;
( ) Medicina;
( ) Fisioterapia;
( ) Nutrição;
( ) Serviço Social;
( ) Fonoaudiologia;
( ) Terapia Ocupacional;
( ) Farmácia;
( ) Saúde Coletiva;
( ) Odontologia;
( ) Medicina Veterinária;
( ) Educação Física;
( ) Ciências Biológicas;
( ) Biomedicina;
( ) Outras.

**2.5 Quais são os cenários de prática utilizados pelo programa de residência?**
( ) Atenção primária/básica em Saúde (Estratégias Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde; Unidades de Pronto Atendimento; Centro de Atenção Psicossocial);
( ) Atenção Especializada (Ambulatório de Feridas; Programa Melhor em Casa; Centro de Atendimento Especializado; Centro de doenças infecto contagiosas e parasitárias);
( ) Gestão;
( ) Outros. Especificar_____

**2.6 Qual o número de vagas autorizadas para cada área profissional?**

**2.7 Durante o desenvolvimento do Programa de Residência houve solicitação à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde para ampliação de vagas?**
( ) Sim;
( ) Não.
Se a opção anterior for afirmativa. Quais foram às motivações para solicitar a ampliação do número de vagas?

**2.8 As bolsas formação custeadas aos residentes são financiadas pelo:**
( ) Ministério da Saúde;
( ) Ministério da Educação;
( ) Secretaria Municipal de Saúde;
( ) Secretaria Estadual de Saúde;
( ) Universidade;
( ) Outros. Especificar.

**2.9 O Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) está em funcionamento?**
( ) Sim;

( ) Não;
( ) Não sei informar.
Se a opção anterior for afirmativa. Quais membros integram o NDAE?

**2.10 Qual a periodicidade das reuniões dos órgãos NDAE e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)?**

**2.11 Existem outras comissões locais, que atuam no programa de residência?**
( ) Sim;
( ) Não.
Se a opção anterior for afirmativa. Quais são essas comissões, em que áreas atuam?

**2.12 Como ocorre a participação do NDAE no acompanhamento e avaliação do Programa de Residência?**

**2.13 Quais são os atores/profissionais envolvidos nos espaços decisórios do programa, e quais instâncias são envolvidas?**

**DIMENSÃO 3) ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**3.1 Quais profissionais foram envolvidos na elaboração e/ou revisão do Projeto Pedagógico (PP) do Programa de Residência?**

**3.2 O Projeto Pedagógico passa por revisões? Qual a frequência?**

**3.3 Como é distribuída a carga horária teórica e prática do programa no Projeto Pedagógico?**

**3.4 Considerando que as Unidades de saúde funcionam de segunda à sexta-feira. Como é destinada a carga horária para as atividades práticas?**

**3.5 Quais são as disciplinas comuns ofertadas para todas as categorias profissionais?**

**3.6 São desenvolvidos espaços de formação continuada e permanente comuns para todos os profissionais do programa envolvendo preceptores, tutores e docentes?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**3.7 Estão definidos no Projeto Pedagógico o perfil dos egressos de todas as categorias profissionais do programa?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**3.8 Quais os formatos metodológicos adotados nas atividades de formação dos residentes?**

**3.9 Há disciplinas ou outras atividades teóricas cursadas para contemplar um currículo com metodologias ativas? Fale sobre elas.**

**3.10 Quais são os métodos educacionais utilizados no programa de residência?**
( ) Aulas expositivas;
( ) Estudos de caso;
( ) Rodas de conversa;
( ) Seminários;
( ) Outros. Especificar;
( ) Não sei informar.

**3.11 Quais são os métodos de avaliação aplicados ao residente?**
( ) Avaliação periódica escrita individual;
( ) Portfólio reflexivo;
( ) Apresentação de seminários;
( ) Projeto Aplicativo de Intervenção;
( ) Avaliação oral;
( ) Avaliação prática;
( ) Outros. Especificar: _____
( ) Não sei informar.

**3.12 Qual a periodicidade de avaliações realizadas no programa?**

**3.13 Existe avaliação dos preceptores, tutores, docentes realizada pelos residentes?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.
Se a opção anterior for afirmativa, há algum roteiro/instrumento de avaliação?

**3.14 Existe avaliação dos residentes realizada pelos preceptores, tutores e docentes?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.
Se a opção anterior for afirmativa, há algum roteiro/instrumento de avaliação?

**3.15 Os Residentes desenvolvem Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.
( ) Outros. Especificar.

**3.16 São estabelecidas articulações entre o PRMSF e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)?**
( ) Sim;

(  ) Não.
Se a opção anterior for afirmativa, quais são as articulações estabelecidas?

**3.17 Quais são as atividades desenvolvidas pelo programa para possibilitar a integração ensino-serviço-comunidade?**

**3.18 Como você avalia a formação ofertada no PRMSF e atuação desses profissionais no SUS após a formação?**

**DIMENSÃO 4) ARTICULAÇÃO ENTRE TUTOR, PRECEPTOR, DOCENTE E RESIDENTES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**4.1 O desenvolvimento e o planejamento das ações formativas especificas de cada área do programa são realizados de forma articulada entre tutor e preceptor?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**4.2 O desenvolvimento e planejamento das atividades comuns a todas as áreas do programa são realizadas de forma articulada entre tutor, preceptor e residentes?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**4.3 Existe cronograma de reuniões periódicas entre tutor/es; preceptor/es e residentes?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei.
Se sim, qual a periodicidade?

**4.4 Quais os critérios utilizados para a ingresso/atuação de tutores, preceptores e docentes para o programa de residência?**

**4.5 A formação acadêmica dos Tutores, preceptores e docentes está relacionada às áreas de concentração do Programa de Residência?**

**DIMENSÃO 5) DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**5.1 Existem atividades inseridas na semana padrão dos residentes, a serem desenvolvidas de forma multiprofissional, interdisciplinar?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.
Se sim, quais os tipos de atividades?

**5.2 Quais são os critérios pactuados nas comissões do programa para seleção dos cenários de práticas para a inserção dos residentes?**

**5.3 Como é a relação entre os residentes e os profissionais dos cenários de prática?**

**5.4 Existem dificuldades para a efetivação do trabalho multiprofissional pelos residentes?**
( ) Sim;
( ) Não;
Se sim, destaque as dificuldades encontradas para o trabalho multiprofissional.

**5.5 Há planejamento e/ou organização de atividades multiprofissionais buscando a integração com outros programas de residência da sua instituição ou da sua cidade?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**5.6 Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento e implementação do programa de residência da sua instituição?**

**DIMENSÃO 6) ARTICULAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM A GESTÃO**

**6.1 Como se dá o envolvimento do gestor municipal/estadual e/ou institucional (Diretor de Unidade, Coordenador de Colegiado) na elaboração, implantação e consolidação do Programa de Residência?**

**6.2 Como são realizadas as pactuações, contratos/convênios entre a coordenação que conduz o programa de residência com a gestão municipal e/ou estadual?**

**6.3 A gestão municipal/estadual e/ou institucional disponibiliza instalações físicas específicas para a coordenação e gerenciamento do Programa de Residência?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**6.4 Existe representante da gestão municipal/estadual e/ou institucional na Coremu?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.
Se sim, qual o cargo/função?

**6.5 Existem dificuldades na coordenação do programa com a gestão municipal/estadual e/ou institucional**?
( ) Sim;

( ) Não;
Se sim, quais são as dificuldades e quais as estratégias utilizadas para sua superação?

**6.6 A gestão municipal/estadual e/ou institucional possui um plano de incentivo financeiro para os profissionais que desenvolvem atividades de (Coordenação, Tutoria, Preceptoria e Docência) no programa de Residência?**
( ) Sim;
( ) Não;
( ) Não sei informar.

**6.7 O Programa de Residência recebe algum financiamento específico para a execução de suas ações?**
( ) Sim;
( ) Não.
**Se sim, quem faz o financiamento?**
( ) Governo Municipal;
( ) Governo Estadual;
( ) Governo Federal;
( ) Instituição de ensino Federal;
( ) Instituição de ensino Estadual;
( ) Outros tipos de financiamento. Especificar.

**7. Deixe registrada outras temáticas ou problemáticas não abordadas nas questões do questionário ou qualquer contribuição que você considere relevante para o desenvolvimento dos PRMSF.**

## APÊNDICE – II

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

unioeste
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

*Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*

*Comitê de Ética em Pesquisa – CEP*

*Aprovado na*

*CONEP em 04/08/2000*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da pesquisa: **Programas de residência multiprofissional em saúde da família: potencialidades e desafios em sua implantação/implementação nas regiões brasileiras.**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – "CAAE" N° 58463322.5.0000.0107 e parecer favorável nº 5.436.484, em 28 de maio de 2022.

Pesquisadores para contato: Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues e Doutorando Gilson Fernandes da Silva
Telefone: (45) 99912-8786 ou (45) 99981-9190.

**Endereço de contato (Institucional):** Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus de Cascavel - Comitê de Ética, PRPPG, Rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. CEP: 85.918-110. 2 piso da Biblioteca central.
E-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Convidamos *você* a participar da pesquisa cientifica intitulada: "**Programas de residência multiprofissional em saúde da família: potencialidades e desafios em sua implantação/implementação nas regiões brasileiras".** O objetivo geral da pesquisa é: caracterizar a implantação e implementação dos PRMSF, como estratégia de educação permanente para a formação de profissionais para o SUS e seus objetivos específicos são: mapear as iniciativas em curso para a oferta de PRMSF e sua distribuição geográfica; descrever as estratégicas didático-pedagógica utilizadas na formação dos profissionais nos PRMSF; identificar os desafios e potencialidades na implantação e implementação dos PRMSF no Brasil; mostrar como se faz articulação entre a Coordenação dos Programas de Residências e a Gestão; demonstrar as ações desenvolvidas de forma multiprofissional pelos profissionais e residentes dos programas; identificar nos PRMSF, a articulação das iniciativas com a educação permanente; descrever como os coordenadores dos PRMSF avaliam a relação entre a formação e atuação dos profissionais no SUS.

Assim, essa pesquisa tem o propósito de caracterizar os processos de implantação e implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em regiões do Brasil. Os benefícios estão relacionados em colaborar para o conhecimento do cenário de atuação dos programas de residência multiprofissional em saúde da família no Brasil, além de enriquecer as produções científicas sobre o tema, como estratégia na formação de profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde na perspectiva da Atenção Primária em Saúde.

Para que isso ocorra você responderá a um questionário *online* autoaplicável que tem o objetivo de caracterizar os processos de implantação e implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família das regiões: centro-oeste; nordeste; norte; sudeste e sul do Brasil. Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, nos disponibilizamos a acompanhá-lo(a) e apoiá-lo(a) na resolução. 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, que deseja 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 pesquisadores 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 eletronicamente contém (03) páginas. O seu consentimento em participar do estudo dar-se-á ao clicar na opção "concordo em participar dessa pesquisa", caso não queira participar basta assinalar a opção "não concordo em participar dessa pesquisa".

Caso você precise informar algum fato 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, *Gilson Fernandes da Silva e Rosa Maria Rodrigues,* declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).
Assinatura do pesquisador:

Cascavel, _____ de _____ 2022.

# ANEXO – I

# PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS EM SUA IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO EM REGIÕES BRASILEIRAS.

**Pesquisador:** Gilson Fernandes da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58463322.5.0000.0107

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.432.766

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa se desenvolverá em âmbito nacional nas regiões Centro-Oeste; Nordeste; Norte; Sudeste e Sul, com os coordenadores dos Programas de RMSF. Como critério de inclusão serão selecionados os municípios que implantaram o programa até o ano de 2018, excluindo os municípios que o implantaram a partir de 2019, por considerar que a partir desse período não houve autorizações pela CNRMS para implantações de programas. Os dados serão produzidos por questionário on-line autoaplicável. O convite para participação dos coordenadores dos programas de residências em saúde da família será encaminhado por e-mail conforme as informações disponibilizadas pela CNRMS. A mensagem enviada no corpo do e-mail explicará os objetivos do estudo e o link do Google Forms. Assim, as informações serão coletadas a partir de roteiros estruturados, de forma que os participantes possam

expressar seu conhecimento e experiência acerca do tema. O roteiro foi estruturado em 6 dimensões, sendo a: Dimensão 1) Perfil dos participantes da pesquisa; Dimensão 2) Histórico e configuração do programa de residência em saúde da família; Dimensão 3) Organização didático-pedagógica do programa de residência uniprofissional e multiprofissional em saúde da família; Dimensão 4) Articulação entre tutor, preceptor, docente e residente dos programas de residência em saúde da família; Dimensão 5) Desenvolvimento do trabalho uniprofissional e multiprofissional

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
**UF:** PR **Município:** CASCAVEL
**Telefone:** (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

no âmbito
do programa de residência em saúde da família e Dimensão 6) Articulação do programa de residência em saúde da família com a gestão. Os dados quantitativos que emergirem do questionário receberão tratamento estatístico e descritivo, serão tabulados, interpretados, processados e apresentados descritivamente. Para tanto, será utilizado o Software Office Excel para a organização, o qual auxiliará no processo de sistematização dos resultados que embasarão a etapa final do estudo. Os dados qualitativos serão submetidos a uma síntese que expresse a essência dos conteúdos presentes nas respostas do questionário. Esta síntese será novamente submetida a sucessivas leituras e análises que possibilitarão a emergência das temáticas que expressam a visão dos coordenadores dos PRMSF.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Descrever a implantação e implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como estratégia de educação permanente para a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Objetivos Secundários:

• Relacionar as iniciativas em curso para a oferta de PRMSF e sua distribuição geográfica;

• Descrever as estratégicas didático-pedagógica utilizadas na formação dos profissionais nos PRMSF;

• Identificar os desafios e potencialidades na implantação e implementação dos PRMSF no Brasil;

• Investigar como se faz articulação entre a Coordenação dos Programas de Residências e a Gestão;

• Relacionar as ações desenvolvidas de forma multiprofissional pelos profissionais e residentes dos programas;Identificar nos PRMSF, a articulação das iniciativas com a educação permanente;

• Descrever como os Coordenadores dos PRMSF avaliam a relação entre a formação e atuação dos profissionais no SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios estão adequadamente descritos, porém, aos riscos deve-se incluir:

Riscos: de acordo com a Resolução 466/12 toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Na presente pesquisa o risco é mínimo, entretanto, que é comum a todas as pesquisas com seres humanos: o risco de quebra de sigilo. Desse modo, a quebra de

sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado tanto no corpo do projeto como ao participante no TCLE.

Benefícios: Ao considerar os PRMSF como uma possibilidade de integração ensino-serviço com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais necessárias para a consolidação do SUS, espera-se que os PRMSF busquem a formação de profissionais capacitados com uma visão holística, crítica e integradora para atuar com qualidade e resolutividade na atenção básica, no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias, de comunidades e na gestão do trabalho e sua organização, com enfoque interdisciplinar e multiprofissional, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira que possibilite o enfrentamento das demandas de saúde com maior efetividade das ações de saúde e educação objetivando a melhoria da saúde e qualidade de vida. Assim, espera-se que os resultados deste estudo colaborem para o conhecimento do cenário de atuação dos programas de residência multiprofissional em saúde da família no Brasil, além de enriquecer as produções científicas sobre o tema, como estratégia na formação de profissionais para atuarem SUS na perspectiva da APS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância para a área de Ciências da Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória estão anexados, porém, ao TCLE deverá ser incluído os riscos da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Necessita de adequações de acordo com a Resolução 466/12 incluindo o risco de quebra de sigilo na PB e no TCLE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Inicia-se o prazo de 30 dias para o saneamento das pendências ou interpor Recurso do resultado decisório.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1939159.pdf | 05/05/2022 18:33:17 | | Aceito |

UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Continuação do Parecer: 5.432.766

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_GILSON_01_05_2022.doc | 05/05/2022 18:11:54 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostoassinadapelodiretorunioeste.pdf | 02/05/2022 08:38:49 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Outros | Solicitacao_3276002_Solicitacao_de_autorizacao_para_pesquisa_de_Doutorado.pdf | 01/05/2022 18:18:02 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Outros | Autorizacaoinstituicaocoparticipante.pdf | 01/05/2022 18:17:16 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Outros | AnexoIIleanexoIVdapesquisa.docx | 01/05/2022 18:08:56 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | AnexoleanexoIIdapesquisa.docx | 01/05/2022 18:08:07 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termodeconsentimentolivreesclarecido_TCLE.docx | 01/05/2022 18:07:45 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

CASCAVEL, 26 de Maio de 2022

**Assinado por:**
**Dartel Ferrari de Lima**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
**UF:** PR **Município:** CASCAVEL
**Telefone:** (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS EM SUA IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO EM REGIÕES BRASILEIRAS.

**Pesquisador:** Gilson Fernandes da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58463322.5.0000.0107

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.436.484

**Apresentação do Projeto:**

Saneamento de pendências da pesquisa;

Título da Pesquisa: PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS EM SUA IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO EM REGIÕES BRASILEIRAS.

Pesquisador Responsável: Gilson Fernandes da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58463322.5.0000.0107

Submetido em: 27/05/2022

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

**Objetivo da Pesquisa:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Continuação do Parecer: 5.436.484

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas. Os riscos estão devidamente apontados no TCLE

**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_1939159.pdf | 27/05/2022 19:15:46 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termodeconsentimentolivreesclarecido_TCLE.docx | 27/05/2022 19:14:31 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_GILSON_01_05_2022.doc | 05/05/2022 18:11:54 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostoassinadapelodiretorunioeste.pdf | 02/05/2022 08:38:49 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Outros | Solicitacao_3276002_Solicitacao_de_autorizacao_para_pesquisa_de_Doutorado.pdf | 01/05/2022 18:18:02 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Outros | Autorizacaoinstituicaoparticipante.pdf | 01/05/2022 18:17:16 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Outros | AnexoIIIeanexoIVdapesquisa.docx | 01/05/2022 18:08:56 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | AnexoIeanexoIIdapesquisa.docx | 01/05/2022 18:08:07 | Gilson Fernandes da Silva | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
**UF:** PR **Município:** CASCAVEL
**Telefone:** (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

CASCAVEL, 28 de Maio de 2022

**Assinado por:**
**Dartel Ferrari de Lima**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
**UF:** PR **Município:** CASCAVEL
**Telefone:** (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br