


Contribuições da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde para um município paraibano sob a ótica dos profissionais

Contributions of the Multidisciplinary Residency in Primary Health Care for a municipality in Paraíba from the perspective of professionals

Juciara Noara Santana de Araújo Costa¹ , Fernanda Prudêncio da Silva² , Kétully Íris de Araújo³ , Joanne Days de Sousa Nóbrega⁴ , Maria Mirtes da Nóbrega⁵ 

As Residências Multiprofissionais em Área da Saúde constituem-se espaços privilegiados de formação, baseadas no ensino em serviço e nos princípios basilares do SUS. O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (PRMAPS) vinculado à UNIFIP/PB, realiza ações em parceria com diversos municípios do sertão paraibano. Visando promover e prevenir a saúde da população, os residentes realizam atividades coletivas, rodas de conversa, salas de espera, interconsultas e rodízios na rede intersetorial de serviços do município. A presente pesquisa teve como objetivo analisar os possíveis impactos do PRMAPS em um município da Paraíba, a partir do olhar dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, de cunho fenomenológico. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito profissionais e os dados colhidos foram submetidos à técnica de Redução Fenomenológica. No eixo das contribuições trazidas pelo programa, foram identificadas a Interdisciplinaridade, a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, a intersectorialidade e o olhar ampliado. Também foram apontadas lacunas como o desconhecimento da população e dos profissionais sobre o real papel da residência e a não absorção dos egressos nos serviços de saúde. Por meio deste estudo, pôde-se identificar contribuições efetivas do PRMAPS na formação de profissionais comprometidos com a transformação social, a melhoria da organização da Rede de Atenção à Saúde do município e a qualidade da assistência prestada aos usuários. Ressalta-se a importância desse modelo de formação para o SUS, apontando para os desafios que ainda precisam ser enfrentados.

Autora correspondente:
Juciara Noara Santana de
Araújo Costa

E-mail:
juciara.noara@gmail.com

Declaração de Interesses: As autoras certificam que não têm nenhum interesse comercial ou associativo que represente um conflito de interesses em conexão com o manuscrito.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Multiprofessional Residencies in the Health Area constitute privileged training spaces, based on in-service teaching and the basic principles of the SUS. The Multidisciplinary Residency Program in Primary Health Care (PRMAPS), linked to UNIFIP/PB, carries out actions in partnership with several municipalities in the backlands of Paraíba. Aiming to promote and prevent the health of the population, residents carry out collective activities, conversation circles, waiting rooms, consultations and rotations in the municipality's intersectoral network of services. The present research aimed to analyze the possible impacts of PRMAPS in a municipality in Paraíba, from the perspective of professionals. This is an exploratory research with a qualitative approach, of a phenomenological nature. Semi-structured interviews were carried out with eight professionals and the data collected was subjected to the phenomenological reduction technique. In the axis of contributions brought by the program, interdisciplinarity, expanded access to health actions and services, intersectorality and the broader view were identified. Gaps were also highlighted, such as the lack of knowledge among the population and professionals about the real role of the residency and the non-absorption of graduates in health services. Through this study, it was possible to identify effective contributions of PRMAPS in the training of professionals committed to social transformation, improving the organization of the municipality's Health Care Network and the quality of care provided to users. The importance of this training model for the SUS is highlighted, pointing to the challenges that still need to be faced.

Keywords: Health Unic System. Multiprofessional Health Residency. Primary Health Care.

¹ Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Paraíba, Brasil.

² Escola de Saúde Pública, Paraíba, Brasil.

³ Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Paraíba, Brasil.

⁴ Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Paraíba, Brasil.

⁵ Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde surgiram com o intuito de aprimorar a formação profissional, voltada ao âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), fomentando uma qualificação ética e comprometida com a Atenção Integral à Saúde, Equidade e Universalidade, princípios basilares desse sistema (Flor *et al*, 2021).

Os profissionais inseridos nos programas têm o papel de fomentar novas perspectivas de atuação, mobilizando transformações nas equipes e em suas práticas, a partir de um novo olhar, contribuindo para o aprimoramento das ações existentes. A partir disso, busca-se atingir um modelo de atuação que contemple as diferentes necessidades de saúde dos sujeitos e populações, baseando-se na prática multiprofissional e interdisciplinar (Silva, 2018), articulando diferentes núcleos da saúde.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (PRMAPS), vinculado ao Centro Universitário de Patos – UNIFIP/PB (instituição formadora), em parceria com diversos municípios (instituições executoras) do interior da Paraíba, prevê a descentralização desse modelo de formação na perspectiva multiprofissional, a partir da inserção de equipes nos territórios, qualificando esses profissionais a partir do contexto dos cenários de prática, além de fortalecer as equipes de saúde já existentes através da ótica da educação permanente em saúde.

Considerando o processo de implantação do PRMAPS, nos diversos municípios de inserção, compreendeu-se como importante sondar de que maneira as equipes de têm contribuído para o aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde em seus territórios.

Diante do exposto, o objetivo geral da pesquisa foi analisar os possíveis impactos da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde em um município da Paraíba, a partir do olhar dos profissionais. Os objetivos específicos foram: 1) elucidar a importância do trabalho interdisciplinar para uma atuação integral em saúde e 2) identificar possíveis fragilidades do programa no município.

Esse trabalho justificou-se pela possibilidade de evidenciar as contribuições da Residência Multiprofissional em um município da Paraíba, trazendo visibilidade ao território, na medida em que gerou conhecimentos e reflexões sobre as ações realizadas e buscou propor sugestões para o aprimoramento deste trabalho, a partir da percepção dos profissionais inseridos nos serviços do território.

RESIDÊNCIAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE

As Residências Profissionais em Saúde (uni e multiprofissionais) foram implementadas pela Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Consiste em uma

pós-graduação *lato sensu*, baseada no ensino em serviço, e visa qualificar profissionais para a atuação comprometida com o SUS, baseada nos princípios e diretrizes desse sistema, estabelecidos na Constituição Federal de 1988 (Maroja; Almeida Júnior; Noronha, 2020).

As Residências exigem dedicação exclusiva, possuem uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de dois anos e compreendem profissões das áreas de Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Biomedicina, Medicina Veterinária, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Odontologia, de acordo com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização é realizada em parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) (Flor *et al*, 2021).

Os programas podem apresentar diferentes ênfases de atuação, entretanto, em sua maioria são atravessados pelas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, possuem a educação permanente como eixo estruturante e são essencialmente participativos, ou seja, construídos coletivamente por diferentes atores (Bernardo *et al*, 2020).

A atuação pressupõe ações integradas e interdisciplinares, que segundo Maroja, Almeida Júnior e Noronha (2020) compreendem a interação entre saberes técnicos e científicos, de diferentes especialidades, que estão voltadas a responder a um objetivo em comum. Dessa forma, espera-se que os residentes ampliem seu olhar para os usuários, desenvolvendo um senso de criticidade em relação aos modos de se produzir saúde-doença, considerando os determinantes sociais da saúde (Jungles; Martins; Machado, 2021).

A carga horária é distribuída em ações práticas e teórico-práticas e para facilitar o processo de ensino-aprendizagem, os programas contam com tutores de núcleo, que são responsáveis por “orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes”, de acordo com a Resolução Nº 2/2012 da CNRMS (Brasil, 2012).

Bem como, cada equipe de residentes possui um preceptor de campo, profissional vinculado ao serviço onde o residente está alocado, que tem por objetivo coordenar as ações das equipes, direcionando-os e participando de planejamentos e avaliações. De acordo com a resolução supracitada:

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (Brasil, 2012, p. 6).

Nessa compreensão, valoriza-se a problematização das diferentes situações que os residentes levam para os tutores e preceptores, em que há a possibilidade de se refletir criticamente sobre a realidade concreta, vinculando a prática à teoria numa perspectiva dialógica e transformadora. Neste sentido, o aprendizado acontece a partir da ação-reflexão-ação (práxis), pois é refletindo sobre os processos de trabalho que se pode construir coletivamente o conhecimento e incorporar novos significados e novas possibilidades de atuação (Maroja; Almeida Júnior; Noronha, 2020).

O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM APS

Aprofundando o debate acerca do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, buscou-se apresentar o seu cenário de implantação e de desenvolvimento nos seus territórios de inserção.

O PRMAPS teve sua primeira turma no ano de 2020. Esta, distribuída entre os municípios de Patos/PB, Santa Luzia/PB e Quixaba/PB. No segundo ano de Residência, o programa se expandiu para outros municípios do sertão paraibano, quais sejam: Santa Luzia, Pombal, Malta, São Bentinho e Princesa Isabel. No terceiro ano, o programa conta com sua terceira turma de residentes, distribuídos pelos municípios de Patos e Quixaba/PB. Em continuidade de suas ações, o programa tem se expandido entre potencialidades e fragilidades, realizando atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Agregando profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Enfermagem, Odontologia e Educação Física, o programa se organiza de forma que cada equipe engloba três ou quatro profissionais de diferentes núcleos, para garantir a atuação multiprofissional e interdisciplinar.

No primeiro ano de Residência, os profissionais estão inseridos no cuidado em saúde, especificamente, em Unidades Básicas de Saúde (UBS). No segundo ano, os residentes têm a possibilidade de vivenciar plantões em diferentes serviços da rede socioassistencial, a exemplo, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Atenção à Saúde da Mulher (CRAM), Programa Saúde na Escola (PSE), Academias da Saúde, dentre outros. Além disso, o residente também precisa vivenciar rodízios nos serviços vinculados à gestão, tais como Setor de Regulação, Coordenação de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica etc.

Dentre as ações realizadas compreendem-se atendimentos individuais, interconsultas com os profissionais das Equipes de Saúde da Família em seus territórios adscritos, discussão coletiva de casos, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), visitas domiciliares, realização de grupos voltados para diferentes

públicos, atividades de saúde na escola, Educação Permanente em Saúde, participação em reuniões de equipe, plantões em serviços de diferentes setores, dentre outras atividades.

As equipes prezam pela atuação interdisciplinar em suas práticas, planejando e executando ações de forma multiprofissional e integrada, pautadas na humanização do cuidado e horizontalidade dos saberes, buscando compreender os diversos fatores que produzem subjetividades, saúde e adoecimento (Flor *et al*, 2021).

Os residentes também contam com aulas teóricas e tutorias semanais, visando aprimorar o processo formativo e cumprir a carga horária teórica exigida pelos programas de Residência (Flor *et al*, 2021), com temas voltados a aspectos vivenciados no cotidiano dos profissionais, a exemplo: saúde mental, saúde da mulher, humanização em saúde, saúde do idoso e saúde da criança e do adolescente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho fenomenológico. Optou-se por esse delineamento, considerando que este permite uma aproximação com a realidade concreta dos sujeitos, permitindo um aprofundamento sobre os sentidos dos fenômenos que se apresentam objetivamente (Macêdo *et al*, 2020).

A população do estudo foi composta por oito (8) profissionais dos serviços da Rede Intersetorial de um município da Paraíba, que receberam a equipe de Residência Multiprofissional para compor ações em seus serviços, a saber: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Coordenação de Educação Permanente do município e Equipe de Saúde da Família.

Para a escolha dos participantes levou-se em consideração a diversidade entre os segmentos profissionais, para que pudessem trazer diferentes percepções e compreensões sobre o objeto de estudo. Ressalta-se que os participantes foram atores essenciais no cenário da presente pesquisa, considerando que estes acompanharam o processo antes, durante e após a implantação do Programa de Residência em seu município. Além disso, são essas equipes que recebem e acompanham os residentes em seu território, o que possibilita um aprofundamento sobre o objeto estudado.

Considerou-se, também, o acesso da pesquisadora aos sujeitos e a sua disponibilidade para colaborar com o estudo. Na discussão dos resultados, esses foram nomeados como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: profissionais de setores que realizaram ações em parceria com as equipes de Residência

Multiprofissional, durante um período mínimo de dois meses; profissionais que receberam em seus serviços, ações realizadas pelos residentes; profissionais efetivos (concursados ou contratados), de nível técnico e superior.

Como critérios de exclusão, foram considerados: profissionais que, no momento da prática dos residentes, não estivessem presentes observando ou participando da ação; profissionais que estavam de férias, licença, atestado ou afastados do serviço por algum motivo, no período de realização da pesquisa; profissionais que, mesmo após a realização da entrevista, tenham solicitado a retirada de sua participação da pesquisa.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada, com perguntas que versavam sobre as possíveis contribuições e fragilidades da Residência Multiprofissional no município, bem como sobre a interdisciplinaridade e intersetorialidade nos processos de trabalho entre as equipes e os residentes.

A escolha pelo uso da entrevista foi relacionada à possibilidade de contato direto com o sujeito da experiência, sendo possível neste momento, aprofundar o discurso, num sentido mais vivencial, e reduzir as lacunas que pudessem surgir. Segundo Minayo e Costa (2018) a entrevista é uma das ferramentas mais utilizadas em pesquisas de campo, sendo possível extrair dos sujeitos informações sobre seus processos e como estes são vivenciados.

A entrevista também teve um caráter fenomenológico. Segundo Bruns e Holanda (2001), a entrevista fenomenológica refere-se tanto à capacidade do pesquisador de aproximar-se gradativamente do vivido do sujeito, através da redução fenomenológica, quanto ao caráter mobilizador da entrevista, que permite o acesso à experiência para além do que possa ser dito ou visto objetivamente, isto é, que possibilite o contato com o significado daquela experiência para o sujeito.

A duração de cada entrevista variou entre quinze (15) e vinte e cinco (25) minutos, e seguiu o roteiro previamente elaborado, sendo acrescentadas perguntas conforme a necessidade, visando aprofundar as percepções trazidas pelos participantes. As entrevistas foram realizadas de maneira presencial, no local de trabalho do profissional, e de maneira online, através de videochamada pela plataforma Meet do Google, com horário acordado previamente. Para os participantes que autorizaram, houve gravação de voz, para fins de facilitação do registro e análise das respostas por parte da pesquisadora.

Para o processo de coleta de dados, a pesquisa foi inicialmente anunciada diretamente aos sujeitos colaboradores, de forma individual, momento no qual foram apresentados os objetivos do estudo e a solicitação para a participação. Ao confirmarem a colaboração, foram marcados encontros individuais para a realização

das entrevistas. No ato do encontro, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), O Termo de Consentimento para gravação de voz (aos que autorizaram) e preencheu o Questionário sociodemográfico. Os dados foram coletados no mês de dezembro de 2022.

Além disso, foi utilizada a técnica da observação participante, o que permitiu à pesquisadora, o contato direto com o fenômeno de sua observação (Minayo; Costa, 2018). Esse momento foi importante para que outros elementos pudessem ser observados, já que se percebe as situações a partir de sua própria realidade.

Após a coleta das entrevistas, as informações foram analisadas de acordo com o que Bruns e Holanda (2001) sugerem para uma pesquisa fenomenológica.

Houve primeiramente a transcrição literal das entrevistas e leitura ampla dos dados coletados, com o intuito de se familiarizar com a experiência trazida pelos sujeitos. Neste ponto, havia o intuito de “apreender o sentido geral do fenômeno” indagado, de acordo com os referidos autores.

No segundo momento, houve a elaboração de unidades de significado, utilizando a técnica da Redução Fenomenológica, para se chegar ao fenômeno da fala dos sujeitos, ou seja, aquilo que há de mais profundo e essencial na sua experiência, objeto de estudo deste trabalho.

Em um terceiro momento, as unidades de significado anteriormente elencadas foram agrupadas em categorias, sendo identificadas convergências e divergências entre as falas dos participantes.

E, por fim, as categorias elaboradas foram postas em diálogo com a linguagem acadêmica, sendo utilizados especialmente textos que subsidiam as políticas públicas de saúde e artigos científicos voltados ao tema.

POSICIONAMENTO ÉTICO

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Ensino Superior de Patos (UNIFIP), sob número de parecer 5.738.358. Foram consideradas as Resoluções nº 510/2016 (que regulamenta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e 580/2018 (que regulamenta as pesquisas realizadas no âmbito do SUS).

Para garantir o sigilo ético, resguardando a integridade, privacidade e identidade dos sujeitos, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado a partir das normas das resoluções supracitadas.

O presente estudo apresenta riscos mínimos à saúde e bem-estar dos participantes. Para minimizá-los, reforçou-se a explicitação sobre o caráter voluntário

e sigiloso da pesquisa, seus preceitos éticos e a possibilidade de desistência da participação a qualquer momento, caso desejassem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Colaboraram com o estudo oito (8) profissionais, com idades entre 25 e 63 anos, sendo quatro (4) do gênero feminino e quatro (4) do gênero masculino. O tempo de experiência na sua área de atuação variou entre um (1) ano e meio e 30 anos. As profissões/funções dos participantes variaram entre: enfermeira, médico, agentes comunitários de saúde, porteiro, assistente social e coordenadoras de serviços da rede intersetorial.

No quadro abaixo, pode-se encontrar as Unidades de Significado extraídas das falas de cada participante, considerando as perguntas norteadoras da pesquisa.

QUADRO I. Unidades de Significado extraídas das falas dos participantes.

	Contribuições	Fragilidades
P1	Aumento do nº de profissionais; variações de profissionais; diversidade das ações; troca de experiência; Oferta de um serviço de melhor qualidade; Ampliação dos conhecimentos; acolhida aos usuários	Estrutura física do serviço
P2	Trabalho integrado; maior qualidade de assistência; ampliação do acesso; Visitas domiciliares; discussões de casos	Desconhecimento sobre a função da residência, por parte dos profissionais; os serviços precisam estar abertos à equipe multiprofissional
P3	Múltiplas visões; Compartilhamento de saberes; Facilitação do trabalho dos outros profissionais	Interdisciplinaridade
P4	Integração com os profissionais da UBS	Tempo de espera para solucionar as situações de saúde
P5	Aumento do acesso à informação, por parte da população	Quantidade insuficiente de profissionais para atenderem as demandas do município; desconhecimento sobre a função da residência, por parte da população
P6	Inovação de ideias; Estímulo às tecnologias leves do cuidado; Inovação das ações em saúde; Soma de saberes	Tempo curto no serviço
P7	Avaliação das necessidades do setor; atuação em parceria; sensibilização nas ações; melhora na comunicação entre os setores; ampliação do olhar para o planejamento das ações; olhar diferenciado; comprometimento com as ações e serviços	Não continuidade das ações por parte das equipes
P8	Curiosidade e interesse dos residentes; atuação interdisciplinar; Consultas compartilhadas; discussão de casos; educação permanente em saúde	Alta demanda; não incorporação dos profissionais no município, após a conclusão da residência

Fonte: produção da própria autora, 2023.

Para fins de facilitação da discussão dos resultados, e considerando o processo de análise em pesquisa fenomenológica, as unidades de significado extraídas dos relatos de cada participante foram agrupadas em categorias, considerando alguns pontos de convergência e divergência entre as experiências. Os eixos de discussão foram caracterizados como “Contribuições” e “Fragilidades” da Residência Multiprofissional, e dentro deles, encontrar-se-ão as categorias definidas abaixo:

Eixo das contribuições: Interdisciplinaridade; Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde; Intersetorialidade e Inovação das ações.

Eixo das fragilidades: Estrutura física do serviço; Desconhecimento sobre a função da Residência; Tempo curto no serviço; Alta demanda; Não incorporação dos profissionais; Continuidade do trabalho.

Considerando o objeto de estudo da pesquisa, a saber, as contribuições da Residência Multiprofissional em APS para o município, foi priorizado este eixo no processo de discussão. E as fragilidades encontradas, foram apontadas de maneira breve, com ênfase nas estratégias de resolução apontadas pelos participantes.

Eixo das Contribuições

Interdisciplinaridade

Ao serem questionados sobre as possíveis contribuições do PRMAPS para o município, os profissionais trouxeram aspectos diferenciados e as Unidades de Significado extraídas de cada fala foram aglutinadas em categorias, considerando o sentido geral da experiência.

A primeira categoria encontrada diz respeito à Interdisciplinaridade, que consiste na articulação entre diferentes saberes, contribuindo para a construção de novos conhecimentos (Schneider; Magalhães; Almeida, 2022).

Este elemento pôde ser identificado nas falas de diversos participantes, como pode-se observar abaixo:

“[...] Eu acho que apesar de cada um ter trago as questões particulares de cada formação, houve uma soma desses saberes [...]. Principalmente porque assim, as questões que se apresentam pra gente muitas vezes são tão complexas que passa pela psiquiatria, pela psicologia, pelo serviço social, né. Então, porque ali vai somar, vai trazer o seu conhecimento para acrescentar algo, sabe? [...] (P6).”

“[...] Também fizemos consultas juntas, consultas partilhadas que foi muito positivo. [...] Eu acho que foi uma das coisas melhores que existe, é quando a gente pode ta junto numa sala fazendo escuta num mesmo momento, porque às vezes eu percebo uma coisa, você não percebe ou você percebe e eu não percebo, e a gente consegue construir um plano de cuidados melhor [...] o debater, o conversar sobre aquele caso eu acho que faz muita diferença (P8).”

Foi possível identificar o elemento Interdisciplinaridade na fala de P6 e P8, na medida em que estes citaram a soma entre os saberes e a construção de novos conhecimentos, especialmente considerando situações mais complexas que surgiram nos serviços de saúde, além da possibilidade de se lançar um novo olhar para as diferentes questões, visando o aprimoramento do serviço ofertado.

A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade da subjetividade humana e social, e da necessidade de olhar para os fenômenos de maneira plural, bem como, reconhece as disciplinas em suas áreas específicas, mas pressupõe a busca compartilhada por estratégias de solução dos problemas sociais e institucionais, com fins a garantir a integralidade e a concepção ampliada de saúde (Pulga; Schneider; Mattioni, 2020).

“[...] com vocês a gente discutia, sentava assim para discutir os casos, até mesmo pensar no projeto terapêutico, meio que a gente ver em que poderia inserir aquele usuário depois do acolhimento inicial [...]. Aquelas atividades em grupo que não só os oficinairos participam, mas os demais profissionais, quando a gente vê a importância de psicólogo, do assistente social, de todos os profissionais se envolverem nas atividades em grupo ali também (P6).”

As atividades coletivas, planejadas e executadas de maneira compartilhada, contribuíram para a ampliação dos vínculos entre profissionais e usuários. As oficinas terapêuticas, por exemplo, buscaram fomentar a integração família-usuário, possibilitar a expressão de sentimentos e experiências, construir coletivamente estratégias de enfrentamento para os problemas, desenvolver diferentes habilidades socioemocionais e exercer a cidadania e protagonismo dos sujeitos (Queiroz *et al.*, 2022).

A partir do momento em que diferentes profissionais participaram desse tipo de atividade, houve a possibilidade de visualizar o usuário de maneira mais ampla, inserido em um grupo, com outros fatores influenciando no seu comportamento e em suas emoções. O espaço ambulatorial, do atendimento individualizado, é considerado “seguro”, no sentido de limitar que determinados conteúdos da subjetividade humana se manifestem. Ter contato com o usuário em diferentes espaços não só permite observá-lo em sua amplitude, como também possibilita que o vínculo possa ser estreitado e que a confiança mútua se materialize de maneira mais aprofundada.

Alguns participantes trouxeram contribuições sobre profissionais das áreas específicas, que os auxiliaram no desenvolvimento do seu trabalho ou em uma situação de adoecimento de algum usuário, ampliando a visão sobre os processos saúde-doença e contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais efetivas.

“[...] me ajudou, me tirou muitas dúvidas que eu não sabia com relação ao Serviço Social, me auxiliou em determinadas consultas, me auxiliou durante alguns exames (P3).”

“[...] Na turma passada uma menina que teve bebê, já tinha tido depressão. [...] e a menina foi, a gente fez o acompanhamento com ela e pela segunda vez a menina já gostou muito do atendimento e graças a Deus ela recuperou-se. [...] eu falei com a enfermeira, aí ela já adiantou pra ela ir lá, aí ela foi fazer a visita e começou a fazer o acompanhamento e graças a Deus... Foi a psicóloga da outra equipe, foi muito, muito bom (P4).”

Notou-se que houve um consenso entre os profissionais acerca da importância das ações das diferentes áreas do conhecimento, o que favoreceu um olhar diferenciado sobre a realidade concreta dos sujeitos. A Interdisciplinaridade nas ações é uma premissa básica e transversal em todo o SUS, ao passo que representa uma estratégia de trabalho diretamente alinhada ao conceito de integralidade, que compreende a possibilidade de enxergar o sujeito a partir dos diversos fatores que o compõem, isto é, numa lógica biopsicossocial (Melo, S.; Melo, W., 2022).

Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde

Foi possível identificar também, a partir da percepção dos participantes, que o PRMAPS contribuiu para o aumento do acesso da população às ações e serviços de saúde, no sentido de haver uma oferta maior de profissionais no município e na variabilidade de suas ações, considerando as diferentes necessidades dos sujeitos.

“[...] a gente percebe que nós conseguimos abranger um espaço maior, ofertar um serviço melhor, também em saúde mental, pros nossos usuários e conseguimos construir políticas públicas de melhor qualidade para a nossa população (P1).”

“[...] Eu acho o seguinte, que as pessoas elas ficam mais informadas sobre aqueles determinados assuntos (P5).”

“[...] principalmente as visitas domiciliares também de pacientes que não podem vir ao serviço, mas a gente faz esse acolhimento a domicílio, em domicílio e é importante que tenha assim o olhar dos demais profissionais ali, por isso que eu achei interessante essas ações com vocês (P6).”

Este elemento teve profunda relevância ao corroborar com o princípio da Universalidade do SUS, que compreende o “acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (Brasil, 1990), para todas as pessoas, sem distinções de qualquer tipo.

“[...] Um dos pontos principais que eu acho que ajudou bastante é o aumento de profissionais, inclusive de variações de profissionais de uma equipe multi, que muitas vezes por ser um município pequeno [...] a gente acaba tendo dificuldade de trazer mais profissionais pro serviço (P1).”

Foi consenso entre os participantes que o aumento do número de profissionais implicou em maior assistência à população, sendo considerada uma importante contribuição da equipe de residentes ao município.

“[...] Ela veio aqui e era uma questão bem simples, de uma irmã dela, e a gente precisava de uma medicação um pouco mais difícil de conseguir, não tinha na minha lista de medicações da farmácia básica, eu precisava dessa medicação. Não sabia como conseguir, a família não tinha acesso, [a assistente social] veio e me ensinou (P3).”

“[...] Na assistência às famílias, quando a unidade não consegue mais chegar, chega até certo ponto e ela não consegue dar aquela assistência que merece, a residência foi lá e ajudou [...] foi lá em conjunto com a unidade e aí fechou e conseguiu dar essa assistência mais adequada (P2).”

É importante notar nas falas que a parceria entre a equipe da UBS e a equipe da Residência potencializaram o serviço ofertado, tanto no sentido de facilitar o acesso de uma família a um medicamento, quanto no sentido de alcançar uma assistência mais adequada que a equipe da UBS, sozinha, não conseguiu oferecer.

Reforça-se também as premissas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao apontar a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada prioritária para as Redes de Atenção à Saúde, ofertando acolhimento aos usuários, promovendo vínculos, corresponsabilizando profissionais e usuários, garantindo fácil acesso, sem diferenciações, para construir respostas às necessidades de saúde das pessoas (Brasil, 2017).

“[...] O próprio veterinário também. [...] Existia pessoas que cuidava em casa, tinha um animal e não cuidava direito. O animal adoecia, o próprio gato, o cachorro né. Porque a gente vive numa cidade ou num local que tem muitos animais soltos na rua. [...] Que o animal é uma vida também né, ele não é um ser humano, mas é uma vida, é uma vida que merece também ser cuidada e o animal depende de nós, e ele transmite as doenças. E foi importante isso, focar nesses assuntos, de conscientizar o povo (P5).”

É importante apontar também que o usuário tem direito de acesso aos serviços e às informações de saúde (Ribeiro; Cavalcanti, 2019), especialmente quando essas contribuirão para a melhoria de sua qualidade de vida, e os profissionais são importantes fontes dessas informações e orientações (Silva *et al*, 2020). Evidencia-se este elemento no sentido de apontar que a parceria entre a Residência Multiprofissional e as equipes do município, contribuirão para a garantia dos direitos dos usuários do SUS, na viabilização do acesso às ações e serviços de saúde.

Intersetorialidade

Uma contribuição relevante apontada pelos participantes da pesquisa foi a atuação intersetorial. Entre as falas trazidas, houve menção às ações em parceria entre a equipe de Residência Multiprofissional e alguns serviços do município, a saber: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa Saúde na Escola (PSE) e Instituição de Longa Permanência (ILP).

“[...] Vocês passam por diversos setores, já avaliando, vendo quais são as necessidades, eu acho isso muito importante [...] vocês não ficaram só dentro do território, vocês foram pra outras áreas, pra outras escolas (P7).”

“[...] Eu não vi vocês só na UBS. Eu vi vocês nas escolas, eu vocês no CAPS, eu vi vocês na secretaria de saúde, vi vocês em formação, vi vocês nas reuniões de equipe, na parte de gestão (P3).”

“[...] eu achei muito positivo o contato, pelo menos com o CAPS né e pelo que vi, é, aqui participando dos eventos da saúde, dessas conferências de saúde que teve aqui, a equipe Multi sempre foi bem atuante, participativa, assim teve um contato bacana, positivo com as instituições era isso que passava pra gente, que passa pra gente, entendeu? (P6).”

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a intersetorialidade pressupõe a parceria entre diferentes órgãos públicos (por exemplo, saúde, educação e assistência social), com a finalidade de ampliar o planejamento e a gestão do cuidado em saúde, considerando os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que impactam nas condições de vida dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005, p.7) “os determinantes sociais refletem a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do status, do poder e do acesso aos recursos”. Englobam fatores relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, condições de vida e trabalho (educação, habitação, desemprego etc.), redes sociais e comunitárias, estilo de vida e fatores biológicos (além de idade e gênero) (Dahlgren; Whitehead, 1991).

“[...] Aquela experiência da saúde na escola, o PSE na unidade de saúde eu achei muito fantástico assim, porque a gente trabalhou todos, praticamente todos os componentes do PSE, dentro da unidade, integrando, eles participaram, ah, foi maravilhoso aquele momento assim (P7).”

A atuação intersetorial, ao compreender o planejamento e execução coletiva das ações, possibilita uma compreensão integral dos sujeitos, favorece a construção e fortalecimento de vínculos entre equipes, e entre profissionais e usuários, e potencializa as ações, à medida em que os diferentes saberes são reunidos para atingir um objetivo em comum (Silva; Dalbello-Araujo, 2019; Ferreira; Soares, 2020).

Além dos elementos supracitados, a atuação intersetorial também favoreceu a continuidade do cuidado, ao passo que ampliou a oferta de ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde. Outro ponto identificado foi o fortalecimento do diálogo entre os setores:

“[...] A gente programou reuniões entre as equipes, as equipes de saúde e as equipes da escola. Então eles expuseram quais eram os problemas que enfrentavam, então a gente ia pra escola. [...] melhorou bastante a comunicação, entre ambos. E hoje eu vejo que está mais fácil assim de trabalhar (P7).”

A fala da P7 evidenciou a importância de o profissional estar inserido em um serviço atento às reais necessidades daquele contexto, para que haja o planejamento efetivo das ações. A partir do contato entre a equipe de saúde e a equipe da escola, pôde-se identificar quais eram os temas emergentes para serem trabalhados, quais seriam os caminhos mais facilitadores para acessar o universo

dos estudantes, e de que maneira os setores da saúde e educação poderiam se integrar efetivamente.

Um exemplo interessante a ser citado foi a ideia que as equipes tiveram de trabalhar o tema Saúde Sexual e Reprodutiva, aproveitando tanto o cronograma de aulas, quanto a necessidade da equipe de saúde de cumprir o cronograma do PSE. Então se pensou em aproveitar o momento em que os alunos teriam aula sobre o tema, na disciplina de biologia, e fazer uma ação integrada com a equipe da UBS. Neste sentido, buscou-se considerar e respeitar os cronogramas dos dois setores, possibilitando o compartilhamento de saberes e a potencialização da ação.

Olhar ampliado

Nessa categoria, foram trazidos elementos relacionados à inovação e diversidade das ações e ideias, a sensibilização presente na postura dos residentes, as múltiplas visões sobre o fenômeno saúde-doença, o olhar diferenciado e a ampliação do olhar para o planejamento das ações, de acordo com as experiências dos participantes:

“[...] com certeza contribuiu bastante lá no CAPS assim trazendo ideias novas, novos olhares assim, percebendo o serviço de um outro um outro ângulo né. A gente tá no dia a dia, muitas vezes a gente está ali né de uma forma tão repetitiva que a gente não enxerga determinadas questões (P6).”

Nas falas dos demais participantes, também pôde-se identificar um aspecto da Residência em promover a facilitação dos fluxos através da incorporação de estratégias de atuação mais criativas, e contribuindo para diminuir a sobrecarga presente em muitos profissionais da saúde, em decorrência da alta demanda e desvalorização profissional:

“[...] porque vocês trazem vida ao serviço, porque é um olhar diferente, desafoga, desafoga mesmo a unidade, que é muita coisa, às vezes centrada apenas em um profissional, que às vezes é da enfermagem e não tem outro olhar, aquela pessoa já está sobrecarregada e vocês trazem esse alívio, então isso é muito importante (P7).”

Em consonância com a literatura, uma das responsabilidades dos espaços teórico-práticos que contém em sua estrutura equipes de Residência Multiprofissional em saúde, é estimular a “formação de profissionais críticos e sensíveis, capacitados para atender às demandas da população em geral nos serviços públicos de saúde” (Ferreira; Soares, 2021).

Neste sentido, pode-se afirmar que se encontrou nas equipes de Residência Multiprofissional da presente pesquisa, a sensibilidade, a criticidade e o olhar ampliado para as diferentes questões que envolvem os sujeitos e os serviços da Rede de Atenção à Saúde.

“[...] Mas eu sei que quando vocês estavam a atividade era diferente, era algo mais específico, com um olhar mais geral, um olhar mais diferenciado mesmo, nas metodologias ativas (P7).”

Outro elemento apontado nas experiências dos participantes foi o fato de que as equipes de Residência conseguiram transpassar as barreiras do atendimento ambulatorial, alcançando ações mais amplas e efetivas, baseadas na promoção e prevenção da saúde.

“[...] Então eu vi que vocês além de lidarem muito bem com a questão do cerne da atenção básica à saúde, o atendimento ao paciente, a assistência ao cuidado, vocês também fazem muito bem aquela outra parte que também é obrigação da saúde da família, então educação em saúde, cuidado continuado, busca ativa, integração com a sociedade, territorialização, tudo isso eu vi vocês fazendo (P3).”

Pode-se afirmar, a partir da percepção dos entrevistados, que a equipe de Residência contribuiu para a resolutividade da Atenção Básica, no município, ao passo que articulou diferentes tecnologias de cuidado, baseadas na Clínica Ampliada e na construção de vínculos (Brasil, 2017).

A Clínica Ampliada, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização, pressupõe o compromisso com os sujeitos e coletivos, não apenas com a doença, valorizando a corresponsabilidade no cuidado em saúde e reconhecendo a complexidade e diversidade de fatores que interferem nas situações de saúde (Brasil, 2010; Bonetti *et al*, 2020).

“[...] eu acho que a equipe Multi ela trouxe também assim uma perspectiva de trabalhar saúde mental lá no CAPS de uma forma mais aos modos da atenção básica, né. Uma forma mais leve né, trazendo ferramentas assim, estratégias de cuidado que somaram ao que a gente já é acostumado a fazer lá no CAPS (P6).”

“[...] uma que me marcou foi a do setembro amarelo do ano passado, [...] que a gente foi pra um espaço bem bacana, bem acolhedor, acho que era a cara da residência, era a cara do CAPS, também era a cara dos usuários, e lá eu consegui meio que entender a soma que a equipe de residência multiprofissional ela conseguiria fazer com o nosso serviço, quando a gente precisava fazer uma ação maior, quando a gente precisava fazer alguma atividade diferente, alguma técnica, alguma coisa que a gente pudesse somar para os usuários (P1).”

Ao observar de maneira sensível as falas dos sujeitos, foi possível observar que, de forma geral, os princípios da Política de Educação Popular em Saúde (2013) estiveram presentes de maneira expressiva em suas falas, tendo sido apontados especialmente o diálogo, a amorosidade, a problematização e a construção compartilhada do conhecimento.

Especialmente em relação ao princípio da amorosidade, que diz sobre “a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade” (Brasil, 2013, p. 02), foi identificado em diversas falas esse elemento enquanto aspecto transversal. Não só na categoria “olhar ampliado”, mas nas demais, implicando afirmar que este princípio

perpassou não só as ações executadas, mas também esteve presente nas relações entre as equipes-serviços-usuários e as equipes de Residência Multiprofissional do município.

Eixo das Fragilidades

Dentre as fragilidades do PRMAPS, no município, foram apontadas pelos participantes: a estrutura física insuficiente do serviço para receber os residentes; o desconhecimento sobre a função da Residência, tanto por parte da população, quanto por parte dos profissionais; tempo curto no serviço; não incorporação dos profissionais na rede do município, após o término da Residência; não continuidade do trabalho e a alta demanda.

Em relação à estrutura física, foi apontada a dificuldade em distribuir os residentes nas diferentes ações, considerando a pequena quantidade de salas que o serviço possuía.

“[...] Eu acho que o dificulta na verdade que muitas vezes é o ambiente em si, que nós não temos uma estrutura que possa tá recebendo tantas pessoas assim, então isso acaba dificultando um pouco o nosso serviço. Não que seja um empecilho, que a ação não vá acontecer, não é isso. Mas acaba que a gente não tem um espaço ao qual a gente pudesse abranger cada profissional e acolher aquele usuário de uma maneira melhor (P1).”

O desconhecimento da função da Residência também foi apresentado pelos profissionais. Especialmente, quando essa chegou ao município, o que gerou um estranhamento nas pessoas, tanto usuários, quanto profissionais, de se questionarem sobre qual o papel dessa nova equipe que estava se inserindo nos serviços. Além disso, apontaram que o vínculo que foi sendo estabelecido entre residentes e as equipes dos diversos setores facilitou a compreensão sobre o papel da Residência Multiprofissional:

“[...] Aí às vezes sempre fica aquele espaço vazio dentro do trabalho, lá fora com as pessoas, eu acho que é isso, que também a pessoa não tá acostumada com o trabalho que vocês vêm fazendo, vocês profissionais. É coisa nova, é novidade na cidade. Falta um pouquinho de conhecimento. Porque eu trabalho aqui, você sabe, no início teve um veterinário [...], aí chegou uma pessoa e disse: ei, esse veterinário é pra que? Aí eu tive que explicar, porque muita gente ficou curioso, né. “Oxe, um veterinário num posto de saúde?”. É aquilo que eu falei, é novidade né, aí o pessoal tá um pouco leigo nos assuntos, né (P5).”

“[...] No início da residência, a gente ficou um pouco não integrado, ficou meio aleatório, cada um fazendo a sua função. Mas aí no decorrer do tempo a gente conseguiu se integrar e tudo fluiu naturalmente. [...] Teve um estranhamento no início da residência, mas aí depois acho que foi afinada a ideia do que é a residência aqui com a gente, depois disso tudo naturalmente fluiu positivamente (P2).”

Algumas das estratégias apontadas pelos entrevistados para minimizar o sentimento de estranhamento ou resistência em relação às equipes

Multiprofissionais, foram a melhor divulgação, aos profissionais e usuários acerca da real função da Residência, além da ampliação das ações intersetoriais, planejadas e executadas coletivamente, com vistas a facilitar a construção de vínculos.

Outro ponto elencado pelos participantes como uma fragilidade foi a curta duração de tempo que os residentes passam nos serviços, especificamente nos plantões. Cada setor recebia as equipes de residentes durante um mês, ou mais, caso o grupo (equipe do serviço e equipe da Residência) considerassem necessário.

“[...] Assim, o tempo que a equipe fica em cada instituição, pelo menos no CAPS é um tempo curto, né. Poderia no dia a dia, tendo mais um tempo, maior ali no dia a dia, poderia observar melhor muito mais questões ali e trazer muito mais contribuições assim, para a gente assim (P6).”

“[...] Eu acho que porque o tempo é pouco, eu acho que o tempo é pouco para as necessidades que ta precisando no nosso município (P4).”

Este ponto se relaciona com os elementos da “não incorporação dos profissionais na rede do município, após a conclusão da Residência”, o que dificulta a continuidade do trabalho e fortalecimento das ações:

“[...] Espero que seja incorporado na estratégia, porque a gente precisa que esses profissionais que passam dois anos aqui, um dia façam um concurso e venham permanentemente trabalhar com a gente, pra que esse trabalho simplesmente não acabe com dois anos [...]. Porque esse trabalho ele deve ser permanente, ele não tem como ser permanente mudando a cada dois anos. Vocês precisam concluir, mas a gente precisa desses profissionais pra que esse trabalho realmente possa ser permanente (P8).”

Outro ponto que também tem relação com o anterior é a “não continuidade das ações” por parte das equipes do município, pois estas têm a possibilidade de inovar suas práticas, mas não dão continuidade ao trabalho, por falta de tempo, motivação ou interesse. Além disso, uma das participantes relatou que a Preceptoria tem a função de dar continuidade à trajetória iniciada pelas equipes, para que o trabalho não se perca:

“[...] A preceptoria também tem essa função de dar continuidade ao que vocês iniciaram, pra não se perder. E, responsabilizar os profissionais também, do serviço, eu acho que esse é o principal ponto. Porque, vocês vão sempre estar mudando, mas os profissionais estão sempre aqui, então eles precisam ter isso fortalecido, que precisam dar continuidade e não só esperar pela residência, eu acho que isso é importante (P7).”

É importante ressaltar também a ênfase na responsabilidade dos profissionais e serviços de garantir a continuidade das ações da Residência, considerando que esta passa pelo município, mas não permanece, pelo menos não na mesma equipe ou no mesmo formato. Logo, é uma via de mão dupla entre preceptoria e serviços/profissionais da rede garantir a continuidade das ações, após o desligamento dos residentes do município.

A alta demanda dos serviços também foi apontada como uma fragilidade, na medida em que impossibilitava a reunião entre os profissionais para planejar ações, discutir casos, ou mesmo refletir sobre os processos de trabalho. A UBS de vinculação da Residência, por exemplo, é a maior do município, logo, a equipe muitas vezes se emaranhava em dar respostas sobre os indicadores de saúde, ao mesmo tempo em que precisava driblar o alto índice de pessoas cadastradas e os prazos a cumprir.

“[...] o tempo aqui é muito corrido, a gente sabe que é uma coisa demais, PSF para dar conta, com uma população muito grande, precisa de um remapeamento (P8).”

Enquanto a equipe de residentes tinha mais facilidade de transitar entre as funções e espaços, a equipe da UBS muitas vezes se via sobrecarregada ou desestimulada a pensar e executar ações diferentes. Vale salientar que quando se menciona “a equipe de residentes” e “a equipe da UBS”, essa distinção ocorre a nível de facilitar a compreensão do que está sendo dito. Porém, na prática, as equipes dialogavam entre si, numa atmosfera de cooperatividade e integração, sem distinção entre elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, considerando o objetivo geral da pesquisa: “analisar os possíveis impactos da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde em um município da Paraíba, a partir do olhar dos profissionais”, foi possível identificar que o PRMAPS contribuiu de forma efetiva para as ações de saúde no município.

Por meio da Redução Fenomenológica foi possível extrair quatro categorias principais que se relacionaram com as contribuições do PRMAPS para o município, foram elas: Interdisciplinaridade, Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, Intersetorialidade e Olhar ampliado.

Corroborando com a proposta dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, de formar profissionais implicados com os princípios e diretrizes do SUS, identificou-se que o PRMAPS, no lócus da experiência, cumpre com esse papel, ao inserir profissionais comprometidos em garantir os direitos dos usuários, considerando suas necessidades, interesses e especificidades, gerando transformação aos serviços, à rede e à qualidade da assistência prestada aos usuários.

O olhar sensível e diferenciado para os fenômenos humanos, o vínculo entre as equipes, o compartilhamento de saberes e a diversidade das ações realizadas pelos residentes foram elementos significativos apontados pelos participantes.

As falas também foram permeadas por dimensões de afetividade, abertura, zelo pelo vínculo estabelecido e expectativa de que o programa se fortaleça e continue realizando suas ações no município, pois foi consenso entre os participantes de que as contribuições existiram, efetivadas por meio de visitas domiciliares, consultas compartilhadas, discussão de casos, educação permanente em saúde, oficinas terapêuticas, ações de PSE e atividades coletivas executadas intersetorialmente.

Em relação às fragilidades, foram encontrados elementos relacionados à estrutura física insuficiente do serviço para receber os residentes; o desconhecimento sobre a função da Residência, tanto por parte da população, quanto por parte dos profissionais; o tempo curto no serviço; a não incorporação dos profissionais na rede do município, após o término da Residência; a não continuidade do trabalho e a alta demanda.

Algumas dessas fragilidades puderam ser contornadas com a adoção de estratégias como o diálogo constante entre as equipes, bem como com a população; o reforço, sempre que necessário, das reais funções da Residência; a ampliação e fortalecimento das ações e posturas suscitadas pelos residentes; e o estímulo à continuidade das ações, por parte das equipes dos setores responsáveis e da preceptoria.

Este trabalho trouxe relevância ao possibilitar a reflexão dos impactos de um Programa de Residência Multiprofissional, em um município da Paraíba, a partir da visão dos profissionais que estão em contato direto com os residentes. Além disso, em um sentido mais macro, se evidenciou que esse modelo de formação, baseado no ensino em serviço, é efetivo, mas que existem desafios a serem enfrentados.

E, assim como nas Políticas Públicas, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde precisam estar em constante aperfeiçoamento e avaliação, sendo necessário observar suas práticas, considerando que os contextos sociais são dinâmicos e que isso pode demandar diferentes posturas e estratégias de intervenção.

Sugere-se, para estudos futuros, que esse tipo de pesquisa seja ampliado, buscando compreender as percepções de outros atores envolvidos no processo formativo das Residências em Saúde, como a própria população, os tutores e preceptores, bem como os coordenadores e os residentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; SIQUEIRA, G. K.; CORREA, V. da S. A. Educação Popular em Saúde na formação multiprofissional em saúde: construindo novas institucionalidades. *In: PULGA, V.L. (org.) et al.*

Educação Popular, Equidade e Saúde - Dispositivos pedagógicos

e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p.108-133.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Resolução Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), nº 2, de 13 de abril de 2012. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

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).

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRUNS, M. A. de T.; HOLANDA, A. F. **Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectivas**. São Paulo: Editora Ômega, 2001.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.

FERREIRA, I. S. dos S.; SOARES, C. T. Residência Multiprofissional em Saúde e Formação de Psicólogos para o SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. 1-14. 2021. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/9R66dMqRc9g5HRscvFzS5hm/?format=pdf&lang=pt>

FLOR, T.B.M. et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 921-936, 2022.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n3/921-936/>

JUNGLES, R.P.; MARTINS, B.L.; MACHADO, P.F. Reflexões acerca das percepções dos profissionais residentes sobre um programa de Residência Multiprofissional em

Saúde da Família. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 10, p. 193-209, 2021. Disponível em:

<https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/3553>

MAROJA, M.C.S.; ALMEIDA JÚNIOR, J.J. de; NORONHA, C.A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e180616, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/icse/2020.v24/e180616/pt>

MELO, S.R.B., MELO, W. O apoio matricial como cooperação entre artífices no campo da Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 26. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/zzP6vgBgQqQTr5t9JKz4z9y/?format=pdf&lang=pt>

MINAYO, M. C. de S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, p. 11-25, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34958005002>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde: aprendendo com experiências anteriores**. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2005. Disponível em:

https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/648440/mod_resource/content/1/cursos/p/Textos%20Completo/DSS%20-%20Aprendendo%20com%20experiencias%20anteriores.pdf

PULGA, V.L.; SCHNEIDER, F.; MATTIONI, F. Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no sus: trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um programa de residência multiprofissional. *In*: PULGA, V.L. (org.) **et al. Educação Popular, Equidade e Saúde - Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p. 134-158.

QUEIROZ, R. T. *et al.* A autonomia da oficina terapêutica como potencializador no grupo de saúde mental: relato de experiência. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 14, n. 1, p. 2-8, 2022. Disponível em:

<https://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=925>

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. de L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1799-1808, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhdCSqVHH4TbyxTJh/?format=pdf&lang=pt>

SCHNEIDER S. A.; MAGALHÃES C. R.; ALMEIDA A. N. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. **Interface**, Botucatu, v. 26. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/dr4YJSfvkxCthHWzNfNgGDL/?format=pdf&lang=pt>

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr.

2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhgm9LSW6n84d/?format=pdf&lang=pt>

SILVA, C. A. da; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1240-1258, 2019. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n123/1240-1258/pt>

SILVA, V. M. *et al.* Letramento em saúde dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/62315>

Recebido: 21-03-2023

Aprovado: 17-01-2024



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.