



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Virgínia Matias de Oliveira Barbosa

EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DE RESIDENTES/

PERMANENT EDUCATION IN HEALTH RESIDENCES:
PERCEPTION OF RESIDENTS

João Pessoa

2022

Virgínia Matias de Oliveira Barbosa

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DE RESIDENTES/**

**PERMANENT EDUCATION IN HEALTH RESIDENCES:
PERCEPTION OF RESIDENTS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Talitha Rodrigues Ribeiro F. Pessoa

Coorientador: Prof. Dr. Felipe Proenço de Oliveira

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na saúde

João Pessoa

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B238e Barbosa, Virgínia Matias de Oliveira.
Educação permanente nas residências em saúde :
percepção de residentes / Virgínia Matias de Oliveira
Barbosa. - João Pessoa, 2022.
113 f.

Orientação: Talitha Rodrigues Ribeiro F. Pessoa.
Coorientador: Felipe Proenço de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/Ciências Saúde.

1. Educação na saúde. 2. Atenção Primária - Saúde.
3. Formação profissional em saúde. I. Pessoa, Talitha
Rodrigues Ribeiro F. II. Oliveira, Felipe Proenço de.
III. Título.

UFPB/BC

CDU 37:614(043)



ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO - TCM

Curso de Pós-Graduação	Nucleadora
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de TCM do (a) Mestrando(a)	
VIRGÍNIA MATIAS DE OLIVEIRA BARBOSA	
Realizada no Dia 06/12/2022	

Às **11:00** horas do dia **06** do mês de **DEZEMBRO** do ano de **2022** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente

VIRGÍNIA MATIAS DE OLIVEIRA BARBOSA

intitulado.

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DE RESIDENTES**

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

FELIPE PROENCO DE OLIVEIRA, orientador(a),

FRANKLIN DELANO SOARES FORTE,

GABRIELLA BARRETO SOARES e

MARCO TÚLIO AGUIAR MOURÃO RIBEIRO.

A sessão foi aberta pelo (a) Coordenador (a) do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o (a) candidato (a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do (a) mestrando (a). O primeiro examinador foi o (a) professor (a) doutor (a)

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA. Logo após procederam a arguição os professores doutores

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro e **Gabriela Barreto Soares**. Em seguida

a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho

do(a) mestrando(a).

A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às **12:50** horas, e eu

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA,

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

Documento assinado digitalmente

gov.br

MARCO TULIO AGUIAR MOURAO RIBEIRO

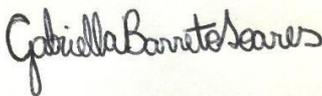
Data: 19/12/2022 23:46:24-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>



FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro



Gabriela Barreto Soares



Franklin Delano Soares Forte

JOÃO PESSOA, 06 de DEZEMBRO, de 2022.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela grandiosa oportunidade vivenciada!

Aos meus pais, por sempre acreditarem no meu potencial e me incentivarem nas decisões da minha vida. Pelo amor e carinho, exemplos de responsabilidade e compromisso!

A Daniel Batista, pelo incentivo a trilhar esta jornada, por sempre estar ao meu lado, apoiando e torcendo pelo meu sucesso! Obrigada pela compreensão, cumplicidade, paciência e amor, você foi fundamental nesta conquista!

Aos meus irmãos, sogra e cunhados, pela presença, atenção e carinho sempre dispensados a mim! Obrigada pelo estímulo e torcida!

Ao Professor Dr. Felipe Proenço, muito obrigada pela oportunidade de ter sido sua orientanda! Pelos ensinamentos, paciência, compromisso e pela leveza com que me conduziu ao aprendizado. Pela contribuição para meu amadurecimento em pesquisa!

Ao Professor Dr. Franklin Delano obrigada por compartilhar sua expertise, pelo acolhimento e atenção! Exemplo de pesquisador e ser humano! Por ter me oportunizado momentos ímpares de aprendizagem.

À Professora Dra. Talytha Ribeiro, pelo acolhimento, atenção, compromisso e aprendizado compartilhado ao longo da nossa convivência! Sua tranquilidade e alegria me contagiam!

Ao Prof. Dr. Marco Túlio, por aceitar fazer parte deste ciclo e engrandecer o estudo com suas reflexões! Pelas contribuições no exame de qualificação do projeto que originou esta Dissertação.

A Professora Dra. Gabriella Barreto, pela receptividade, presteza, suavidade e dispensadas neste período de convivência. Pelas importantes contribuições a este est

Ao grupo de estudo pela atenção com que me acolheram e me oportunizaram espaço de construção de conhecimento para o desenvolvimento da pesquisa.

As amigas Cinthya e Rísia pela contribuição à minha formação! São exemplos de competência profissional! Obrigada pelo incentivo, carinho, companheirismo e amizade que fizeram com que essa caminhada fosse mais prazerosa.

Aos colegas mestrandos, pelos agradáveis momentos vividos no Mestrado. Pela convivência, discussões, reflexões e pelas parcerias ao longo dos estudos.

Aos professores do PPGSF, pelos conhecimentos compartilhados e múltiplos aprendizados oportunizados durante minha formação profissional. Especialmente à Professora Dra. Ana Suerda pela gentileza de dedicar seu tempo a este estudo.

Aos R2 e egressos da RMSFC e RMFC que gentilmente e prontamente participaram deste estudo! Pela atenção e disponibilidade.

A todos meus amigos e familiares que de alguma forma me apoiaram e incentivaram durante essa jornada.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre.”*

Paulo Freire

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde foi instituída enquanto política pública em 2004 (através da Portaria nº198/GM/MS), sendo uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação que se baseia na possibilidade de transformação das práticas profissionais e na reorganização do processo de trabalho. As Residências em Saúde possuem em suas premissas a utilização do treinamento em serviço e a formação pelo trabalho, inserindo-se na perspectiva da EPS. A presente pesquisa teve como objetivo compreender como a EPS na APS é percebida pelos residentes de segundo ano e egressos de dois programas: a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de João Pessoa-PB e da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba durante a residência e após sua conclusão. Trata-se de uma etapa do Projeto de pesquisa “A Educação permanente e a Interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba” que abrange Programas de Residências da capital e do sertão do estado da Paraíba. É um estudo transversal de campo, exploratório com abordagem mista e desenho paralelo convergente. Os cenários de investigação foram dois Programas (um de RMSFC e um de RMFC) que desenvolvem suas atividades nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB. Participaram da pesquisa 44 egressos respondendo a um questionário e 12 R2 voluntários que passaram por entrevistas semiestruturadas onde foi utilizado o critério de saturação. Os dados qualitativos e quantitativos foram coletados separadamente e simultaneamente, com atribuição do mesmo peso, sendo analisados separadamente e, por conseguinte realizada fusão das informações. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva. As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas, validadas e posteriormente analisadas pela técnica da análise de conteúdo de Bardin, onde emergiram categorias temáticas. Foi realizada fusão dos bancos de dados através da estratégia paralelo convergente. As categorias temáticas que emergiram foram discutidas no grupo de estudo, são elas: Percepção de EPS; Protagonismo do residente na EPS; Novas práticas a partir da aprendizagem significativa e Dicotomia entre ensino e produção do cuidado. Verificou-se que os participantes compreendem a importância de ensinar e de aprender na prática da EPS com a finalidade de potencializar a prática interprofissional na solução dos problemas advindos da rotina das USFs. Sabendo-se que a prática de EPS no âmbito dos serviços de saúde ainda

enfrenta dificuldades faz-se necessário planejar e monitorar momentos para a prática da EPS e avaliação. Para tanto, é necessária a articulação entre os atores: gestão, instituição formadora, trabalhadores de saúde e usuários, por meio de constante negociação de práticas a serem desenvolvidas em prol da qualidade da assistência prestada, valorização profissional e satisfação de todos os envolvidos. Diante da fusão dos resultados das abordagens, pôde-se observar convergência na ênfase do quão é essencial o desenvolvimento da EPS na Atenção Primária à Saúde, e como os programas de residências estão atrelados a esta prática. Viabilizam seu desenvolvimento e possibilitam a reflexão quanto à assistência desenvolvida, criando caminhos junto aos profissionais para mudanças de práticas. Este estudo tem relevância para o fortalecimento da interação ensino-serviço-controlado-social com ênfase no debate sobre EPS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Formação Profissional em Saúde. Educação Permanente.

ABSTRACT

Permanent Education in Health (EPS) was established as a public policy in 2004 (through Ordinance nº198/GM/MS), being a strategy of the Unified Health System for training that is based on the possibility of transforming professional practices and reorganizing of the work process. The Health Residencies have in their premises the use of in-service training and training through work, inserting themselves in the perspective of EPS. The present research aimed to understand how EPS is perceived by second-year residents (R2) and graduates of two programs: the Multiprofessional Residency in Family and Community Health (RMSFC) in the city of João Pessoa-PB and the Residency in Medicine of Family and Community (RMFC) of the Federal University of Paraíba (UFPB) during the residency and after its conclusion. It is a cross-sectional, exploratory field study with a mixed approach and convergent parallel design. This is a stage of the research project "Continuing Education and Interprofessionality in Health Residencies in Paraíba", which covers Residency Programs in the capital and hinterland of the state of Paraíba. The investigation scenarios were two programs (one of RMSFC and one of RMFC) that develop their activities in the Family Health Units (USFs) of João Pessoa-PB. Participated in the research 44 graduates answering a questionnaire and 12 R2 volunteers who underwent semi-structured interviews where the saturation criterion was used. Qualitative and quantitative data were collected separately and simultaneously, with the same weight, being analyzed separately and, consequently, the information was merged. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The interviews were audio-recorded, transcribed, validated and later analyzed using Bardin's content analysis technique. The databases were merged using the convergent parallel strategy. The thematic categories that emerged were discussed in the study group, they are: Perception of EPS; Protagonism of the resident in the EPS; New practices based on meaningful learning and Dichotomy between teaching and care production. It was found that the participants understand the importance of teaching and learning in the practice of EPS in order to enhance interprofessional practice in solving problems arising from the routine of USFs. Faced with the difficulties encountered in developing EPS, it is necessary to plan and monitor moments for EPS practice and evaluation. Therefore, coordination between the actors is necessary: management, training institution, health workers and

users, through constant negotiation of practices to be developed in favor of the quality of care provided, professional appreciation and satisfaction of all involved. In view of the fusion of the results of the approaches, it was possible to observe convergence in the emphasis on how essential the development of EPS in Primary Health Care (PHC) is, and how residency programs are linked to this practice. They enable their development and enable reflection on the care provided, creating paths with professionals to change practices. This study is relevant for strengthening the teaching-service-social-control interaction with emphasis on the debate on EPS.

Keywords: Primary Health Care. Professional Training in Health. Permanent Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 ABORDAGEM À LITERATURA	23
3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA APS	23
3.2 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA APS	31
3.2.1 Residência de Medicina Família e Comunidade/ UFPB	34
3.2.2 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/ João Pessoa/PB	36
3.3 CONTEXTO DE PANDEMIA DURANTE A RESIDÊNCIA	37
4 MATERIAL E MÉTODO	43
4.1 TIPO E ESTRATÉGIA DE ESTUDO	43
4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
4.3. COLETA DE DADOS	47
4.3.1 Coleta dos dados Quantitativos	47
4.3.2 Coleta dos dados Qualitativos	48
4.4 ANÁLISE DE DADOS	49
4.4.1 Análise dos dados Quantitativos	50
4.4.2 Análise dos dados Qualitativos	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	51
5 RESULTADOS	53
5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS	53
5.1.1 Participantes da entrevista semi-estruturada – etapa qualitativa	53
5.1.2 Participantes do questionário – etapa quantitativa	54
5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	63
5.3 FUSÃO DOS RESULTADOS QUAN E QUAL	65

6 DISCUSSÃO	70
6.1 CATEGORIA: PERCEPÇÃO DE EPS	70
6.2 CATEGORIA: PROTAGONISMO DO RESIDENTE NA EPS	74
6.3 CATEGORIA: NOVAS PRÁTICAS A PARTIR DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA	77
6.4 CATEGORIA: DICOTOMIA ENTRE ENSINO E PRODUÇÃO DE CUIDADOS	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	100
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	102
APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	104
ANEXOS	105
ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO NO CEP	106
ANEXO B - RECURSOS FINANCEIROS	109
ANEXO C - PROTOCOLO COREQ	110
ANEXO D - MMAT	113

APRESENTAÇÃO

A dedicação à temática foi motivada pela participação da pesquisadora no grupo de estudo do projeto intitulado “A Educação Permanente e a Interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba” e pela sua trajetória profissional. Graduada em Enfermagem e Nutrição, atuou durante oito anos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dentro deste período, durante quatro anos como Preceptora do Núcleo de Nutrição da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) no município de João Pessoa-PB.

Durante sua atuação profissional inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), na Atenção Primária à Saúde (APS), deparou-se com a importância da prática da Educação Permanente em Saúde (EPS), refletindo sobre a necessidade do aprendizado a partir do cotidiano de trabalho no SUS, com exercício da interprofissionalidade e colaboração na rotina do processo de trabalho vivenciado nas Unidades de Saúde da Família (USF) entre os profissionais das equipes e destes com os usuários do SUS.

Como preceptora na residência e apoiadora NASF, teve a oportunidade de acompanhar o processo de reflexão-ação no cotidiano do trabalho dos residentes junto às equipes de saúde em suas atividades desenvolvidas e situações problema encontradas, observando a necessidade do entendimento mais aprofundado sobre a relação existente entre EPS e educação pelo trabalho.

Na ocasião de participar do grupo de estudo do projeto citado e visto sua proximidade com residentes e as Coordenações dos Programas de Residência do município, viu a oportunidade de obter um recorte e se aprofundar na temática da EPS.

A intenção foi voltar o olhar para os residentes de segundo ano e egressos da RMSFC do município de João Pessoa-PB e da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), quanto a abordagem sobre a EPS, as vivências com suas potencialidades e dificuldades encontradas no cotidiano de atuação na APS, durante e após a conclusão da residência.

1 INTRODUÇÃO

A discussão a respeito dos modelos de formação e atenção à saúde tem um histórico anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve estar em consonância com o seu fortalecimento visto que é responsável pela ordenação da formação de recursos humanos. Este sistema é essencial para a mudança de práticas dos trabalhadores (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014), bem como para a mudança na formação básica, considerando estratégias didático pedagógicas problematizadoras com protagonismo ativo dos estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O modelo de educação médica proposto por Abraham Flexner em 1910, resultando na reforma do processo de formação dos profissionais de medicina dos Estados Unidos, influenciou durante décadas os currículos acadêmicos da área da saúde com a valorização do aspecto individual e medicalocêntrico no cuidado (HORA *et al*, 2013).

Atualmente, na formação de trabalhadores em saúde, ainda é possível se deparar com um ensino centrado nas especificidades de cada profissão (Enfermeiros estudam a prática da Enfermagem; Cirurgiões- Dentistas aprendem a prática da Odontologia; Médicos desenvolvem a prática da Medicina; e assim por diante nas demais categorias profissionais) e estes são formados separadamente (TOASSI, 2017).

Dentre as iniciativas do SUS de políticas e programas governamentais no campo da formação em saúde, diversas estratégias como cursos de capacitação, especialização e mestrados possibilitam a aproximação entre as instituições formadoras e as ações nos serviços do SUS. Entretanto, devido à fragmentação do desenvolvimento destas iniciativas, sua capacidade de estimular processos de mudança de práticas com problematização do cotidiano das profissões e práticas do trabalho em equipe, foi limitada (BRASIL, 2004) e a prática hospitalocêntrica ainda é bastante difundida e praticada (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2017).

Na oportunidade de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais de saúde encontram a necessidade de atuação conjunta, com a finalidade de solucionar coletivamente os problemas de saúde advindos da sua prática profissional (TOASSI, 2017).

De acordo com Silva *et al* (2020), os profissionais de saúde deparam-se na APS com um atendimento muitas vezes decorrente da demanda espontânea, a partir das necessidades individuais dos usuários que geralmente são movidas por consultas médicas, encaminhamentos à especialidades e distribuição de medicamentos. O que o usuário almeja é a solução do seu problema, porém encontra desafios como a dificuldade de continuidade do cuidado no SUS, como por exemplo, na falta de acesso aos exames ou a longa espera. Desse modo, geram-se déficits na oferta de um serviço de qualidade, muitas vezes por razão de um financiamento insuficiente e inadequado às atribuições do SUS, dificultando assim o acesso a um atendimento integral.

Segundo Tasca *et al* (2020), um dos componentes capazes de auxiliar na resolução dos problemas contemporâneos vivenciados na APS é o reconhecimento de que a produção de saúde se faz entre pessoas, sendo necessário aprimorar a comunicação entre os profissionais de saúde e estes com os usuários. Toassi (2017) exemplifica que isto é possível através do desenvolvimento da colaboração entre os profissionais utilizando um processo de aprendizado interativo, no exercício da interprofissionalidade, que tem o propósito de melhorar a colaboração entre equipes de saúde e/ou ao bem-estar dos usuários.

De acordo com Peduzzi *et al* (2020), a interprofissionalidade busca superar a fragmentação do trabalho e a individualização biomédica bem como reconstituir a integralidade do trabalho coletivo em saúde sob a perspectiva da reciprocidade. Arruda *et al* (2018) segue na mesma perspectiva, entendendo que para o enfrentamento dos complexos problemas de saúde e sociais, tem sido fundamental a prática da colaboração interprofissional, uma vez que amplia a resolubilidade e qualidade da atenção em saúde.

Aliado a este debate e considerando a inadequação da formação profissional, é inserido na década de 1980 o conceito de Educação permanente em saúde (EPS) com base na construção de um novo referencial pedagógico pautado na aprendizagem do trabalhador e na transformação de suas práticas profissionais (FERREIRA *et al*, 2019), apresentando-se como um caminho de transformação dos processos formativos, práticas pedagógicas e de saúde, bem como para a organização dos serviços de saúde onde estão envolvidos as instituições formadoras, diversas esferas de gestão e os serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A EPS, trazida pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída em 2004 por meio da Portaria nº198/GM/MS é proposta como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor de saúde. Baseia-se na prática educativa ancorada no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, trazendo a importância da problematização da realidade e da aprendizagem significativa a ser construída com pactuação entre os atores do setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários) e da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área da saúde) (BRASIL, 2004; 2009).

A política sugere uma reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais nos serviços de saúde, realizando um elo entre a formação e a atuação profissional, onde se aprende ao ensinar partindo-se das necessidades reais de saúde das pessoas e populações, construída na prática das equipes de saúde (BRASIL, 2004).

O SUS é o cenário adequado para o fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional, e a EPS é uma ferramenta potente para inserir a interprofissionalidade na rotina dos serviços de saúde, qualificando as práticas e oportunizando a transformação de realidades dos serviços, tendo como consequência a melhoria na qualidade de vida das pessoas por meio de um trabalho voltado para a colaboração entre as profissões (BRASIL, 2018).

Um exemplo de trabalho colaborativo ocorre quando profissionais de diferentes áreas trabalham juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários. Desse modo, é pertinente colocar em prática no dia a dia das atividades das equipes a interação entre seus membros e respeito quanto às habilidades e competências de cada componente. Este trabalho pode ser desenvolvido com mais qualidade ao se investir na EPS junto às equipes de saúde, com a finalidade da integralidade do cuidado (PEDUZZI; AGRELLI, 2018). Rodrigues *et al* (2020) acrescenta que a EPS é uma estratégia que abarca a troca de práticas e saberes entre as equipes e a comunidade, com a utilização de distintas tecnologias para o cuidado dos usuários e na reformulação dos saberes e da prática tradicional em saúde.

Porém, mesmo após a instituição da PNEPS, as práticas de atenção à saúde com enfoque na transmissão de conhecimentos ainda são verificadas na atualidade, acreditando ser este um recurso que pode auxiliar a alcançar determinados

resultados esperados (BRASIL, 2009), trazendo uma mistura de diversas estratégias de formação (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Tem-se como exemplo o conceito de EPS sintetizado em educação continuada. Esta, com a intenção de rever conhecimentos e habilidades técnicas e/ou acompanhar mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico, acaba não permitindo respostas à complexidade do cuidar em saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Realizada após o período de graduação, utiliza-se de metodologia tradicional em um processo continuado de acumulação de informações técnicas e científicas pelo trabalhador por meio da escolarização formal, vivências, experiências laborais e participação institucional ou não (BRASIL, 2012).

Por outro lado, a EPS amplia esta lógica incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana e às práticas com enfoque na realidade vivida, colocando os atores a refletir e construir o conhecimento e as alternativas de atuação, ao invés de receptores, tendo o grupo de trabalhadores como estrutura de interação (BRASIL, 2009). É imprescindível a existência de um processo educativo que incorpore as práticas cotidianas em busca da correlação entre atenção à saúde, gestão e ensino, incluindo ativamente estes atores neste processo (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Um modelo de formação que se insere na perspectiva da EPS é o de Residências em Saúde, as quais possuem em suas premissas a utilização do treinamento em serviço e formação para o trabalho, incluindo a integralidade neste contexto, afastando-se do modelo de ensino-aprendizado verticalizado, passando a valorizar o protagonismo do estudante, sem diferenças de valor entre seus saberes, e aproximando-se do aprendizado mútuo entre docente e discente (SILVA, 2020; DALLEGRAVE e CECCIM, 2013).

Considera-se a modalidade de ensino nas residências como inovadora, trazendo à tona as contradições entre a prática problematizadora e os modelos formativos vigentes no campo da saúde, talvez por desconhecimento prévio sobre a metodologia ou por receio do despertar de uma consciência crítica e a necessidade de transformação (MAROJA; ALMEIDA JÚNIOR; NORONHA, 2020).

Os programas de residência em saúde, pelo modelo de EPS, são uma importante estratégia de formação no intuito de despertar nos residentes a necessidade de busca de novos saberes, a fim de estar mais preparados às demandas dos serviços de saúde, bem como a continuidade da formação em saúde

(CARVALHO *et al*, 2019). Tem em suas estruturas o trabalho em equipe as metodologias ativas e participativas, relações entre categorias profissionais diversas e a responsabilização por um cuidado integrado e humanizado a ser alcançado pela mudança de práticas já solidificadas nos serviços (SILVA; ARAÚJO, 2019).

Neste sentido, possibilitam o aprendizado constante do diálogo, reconstrução pessoal, profissional e de competências, possibilidade de trabalho multiprofissional, bem como o modelo de atenção à saúde da família reconhecendo o trabalho como local de produção do saber (SILVA; ARAÚJO, 2019).

As estratégias de ensino aprendizagem baseadas em metodologias ativas permitem reflexão quanto a uma prática de atenção à saúde não centrada na doença, bem como articulação entre ensino e gestão, tendo como produto benefícios para os trabalhadores de saúde e usuários do SUS. Daí vem à importância da formação profissional em campo fortalecendo a integração ensino-serviço (SILVA, 2020).

Prado *et al* (2012) conceitua metodologia ativa como uma estratégia na qual o protagonista da trajetória educacional é o aluno e o professor é um facilitador do processo de aprendizagem, tendo na problematização e na aprendizagem baseada em problemas, dois caminhos para sua operacionalização. O primeiro através do desenvolvimento intelectual e crítico da vida em sociedade, e o segundo através de temas de estudo que irão oportunizar um preparo para ação em situações problemas do dia a dia.

A EPS é considerada de grande relevância pelos Programas de Residências que visam possibilitar a busca pela integralidade em saúde e construção articulada de diferentes profissões, propondo a construção de um saber comum que agregue contribuições de diversos núcleos profissionais (TORRES *et al*, 2019).

De acordo com Torres *et al* (2019), não existe uniformidade entre os desenhos metodológicos de ensino dos programas, revelando uma variedade de formatos de organização didática e pedagógica, mas existe unanimidade na defesa da utilização de metodologias ativas e participativas, tendo a EPS como eixo pedagógico central. O foco é formar profissionais voltados para o trabalho interprofissional.

Segundo Silva (2020), a institucionalização da PNEPS nos serviços de saúde é um problema a ser solucionado nacionalmente, visto a necessidade de sua

implementação com qualidade na APS e atualmente ainda serem observadas disparidades em sua execução.

A necessidade de um trabalho com articulação entre ensino e serviço, unindo teoria e prática foi evidenciada em 2010 por acadêmicos e profissionais de vários países em um relatório sobre educação transformadora para fortalecer os sistemas de saúde, intitulado *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen health systems in an interdependent world*. A intenção foi, diante de uma perspectiva de inovação educacional e institucional da formação e da promoção da saúde, desenvolver conhecimentos e habilidades que atendam às necessidades da população (HORA *et al*, 2013).

Neste sentido, surgiu a necessidade de entender a repercussão da EPS presente no processo pedagógico das Residências em Saúde, na visão dos residentes que estão atuando no segundo (e último ano) das residências (R2) e dos egressos, refletindo como essa estratégia, durante a residência, influencia os mesmos que passam pelo processo de formação onde são discutidos e realizados o ensino, aprendizado e práticas com enfoque na realidade vivida.

Considerando-se a importância da aprendizagem cotidiana dos profissionais de saúde com a finalidade de transformação de suas práticas, indaga-se: Como a EPS na APS é percebida pelos R2 e egressos dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do município de João Pessoa- PB e de Residência de Medicina Família e Comunidade (RMFC) da Universidade Federal da Paraíba- (UFPB) durante a Residência e após sua conclusão?

O estudo é um recorte de um projeto de pesquisa que trata sobre a EPS e a interprofissionalidade, intitulado “A Educação permanente e a Interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba”. Submetido à Fundação de apoio à pesquisa do estado da Paraíba (FAPESQ), chamada nº 005/2020, sendo financiado pelo Programa de pesquisa para o SUS (PPSUS).

Cabe aqui um breve parênteses: o presente estudo ocorreu no contexto da Pandemia COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*), considerando que em março de 2020 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) orientou o isolamento social evitando aglomeração para controle da transmissão do *Severe Acute Respiratory Syndrome- Corona Virus-2* (Sars-CoV-2), e desta forma modificou o modo de vidas das pessoas, dos serviços de saúde e instituições de ensino (WHO, 2020).

Segundo Fernandes *et al* (2021), o contexto pandêmico evidenciou a necessidade de desenvolvimento de competências, qualificação dos profissionais e estratégias de transformação e fortalecimento da prática em saúde para seu enfrentamento, com a finalidade de melhorar a integralidade da atenção e segurança dos usuários do SUS.

Neste íterim, a metodologia de aprendizado baseado na prática em saúde é uma importante modalidade de formação em serviço onde são identificadas as dificuldades e as estratégias para melhorá-las. A necessidade do trabalho colaborativo foi evidenciada neste momento de assistência à saúde, na alta incidência da COVID-19 na população, baseada nas dificuldades de saúde detectadas na população a fim de produção de respostas rápidas e eficazes para ofertar um serviço mais integral, resolutivo e seguro (FERNANDES *et al*, 2021).

Feita a ressalva sobre o contexto pandêmico em que a pesquisa foi desenvolvida, entende-se que este estudo trará contribuição significativa para os modelos de formação profissional em saúde das residências, possibilitando uma melhor compreensão da EPS a partir do olhar de atores que ainda são pouco consultados no âmbito deste debate de modo a auxiliar no aperfeiçoamento desta importante estratégia de formação. Para isto, serão disponibilizados relatórios quanto aos resultados encontrados neste estudo, aliados aos demais resultados do estudo ao qual este se tratou de um recorte, para as coordenações dos Programas de Residência.

Levando-se em consideração o envolvimento das Coordenações da RMSFC e da RMFC, Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba (ESP-PB), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP) no estudo, também se espera que haja relevância nos resultados quanto ao fortalecimento da integração ensino/serviço, com ênfase no debate sobre EPS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender como a EPS é percebida pelos R2 e egressos da RMSFC do município de João Pessoa e da RMFC da UFPB durante a residência e após sua conclusão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos egressos das RMSFC e RMFC;
- Analisar a influência da EPS na trajetória dos egressos das RMSFC e RMFC durante a residência e após sua conclusão;
- Analisar a percepção dos R2 sobre aspectos da EPS, mudanças de práticas, fatores potencializadores e dificultadores encontrados na residência.

3 ABORDAGEM DA LITERATURA

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA APS

Ao longo dos anos, o perfil de adoecimento da população sofre modificações, bem como as categorias profissionais no sentido de formação em saúde e no quesito da oportunidade de multiplicidade das profissões que atuam na APS. Diante disto, é necessário fazer a reflexão de que as estratégias de atenção à saúde, antes utilizadas, devem ser modificadas também com o passar do tempo, acompanhando o avanço tecnológico e todas as demais mudanças que acontecem na prática profissional.

De acordo com Barreto (2019), as mudanças nos modelos de formação na saúde ocorrem e são necessários diante os desafios encontrados como: transições epidemiológicas, inovação e mudanças tecnológicas, novas referências nos sistemas de saúde e novos perfis dos estudantes.

Refletir sobre o desenvolvimento da EPS na APS é de suma importância visto que, na prática profissional, permanentemente acontece à aquisição de conhecimentos pelo trabalhador por meio de vivências, qualificações, atualizações e aperfeiçoamentos. A formação não formal dos profissionais de saúde acontece no âmbito das relações do processo de trabalho e não compreende uma formação individual, mas coletiva por meio de um trabalho interprofissional.

A aprendizagem que ocorre no trabalho entrelaça o aprender e o ensinar, seja com uma nova técnica a ser compartilhada ou na necessidade de transformação das práticas com finalidade de reflexão da qualidade do processo de trabalho executado.

Deste modo, a EPS deve estar presente no cotidiano da APS com espaço garantido na carga horária dos profissionais com o propósito de contemplar sua qualificação para atuação na APS, bem como a de gestores, aliando reflexão, aprendizado e transformação dos processos de trabalho (BRASIL, 2017).

O conceito de educação permanente surgiu inicialmente na Europa nos anos 30 e ganhou mais espaço nos anos 60, partindo da área da educação, envolvendo a aprendizagem do adulto com a finalidade de capacitar as pessoas para a intensificação da industrialização e urbanização (FEUERWERKER, 2016).

Nos anos 80, a OPAS trouxe a EPS como estratégia para a organização de processos educativos direcionados aos trabalhadores da saúde tomando por base o

raciocínio de que a metodologia de transmissão de conhecimento, organizada de modo vertical, tinha baixo impacto na transformação da realidade local. Perante isto, propôs processos de planejamento participativo e reflexão entre os pares sobre os problemas e prioridades (FEUERWERKER, 2016).

No Brasil, em 2003 surgiu a primeira iniciativa formal de EPS através da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a EPS. Neste mesmo ano foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) sendo um importante avanço do Ministério da Saúde (MS) no quesito de formulação e execução das políticas de formação para trabalhadores do SUS, tendo como missão ordenar, motivar e propor mudanças nas formações em saúde (BRASIL, 2012).

Em seguida foram desencadeadas outras iniciativas como a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; as Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de carreira, cargos e salários dos trabalhadores do SUS (2004); o Programa Nacional de Reorientação Profissional (Pró-saúde, 2005); a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS, 2005), Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); o Programa Mais Médicos e as Residências em Saúde (MICCAS; BATISTA, 2014).

A PNEPS surgiu em 2004 continuando o processo de integração ensino, serviço e comunidade, como iniciativa formal de implementação da política proposta em 2003. As diretrizes para implementação da PNEPS foram publicadas em 2007 pela portaria 1.996 GM/MS, implicando uma associação entre a docência e a atenção à saúde, bem como entre formação e gestão, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, tendo em vista a garantia de acesso, melhoria da qualidade da atenção à saúde e aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS (GONÇALVES *et al*, 2019).

Em 2018 foi publicado um documento discutindo o que se tem produzido para o fortalecimento da PNEPS no sentido de promover maiores reflexões sobre o seu desenvolvimento (BRASIL, 2018). A partir desta, várias outras notas e documentos vêm sendo produzidos pelo Ministério da Educação (MEC) e MS para tentar aprofundar este conceito e aplicação da EPS nos serviços.

A política proposta tem compromisso ético e social com a integralidade do cuidado em saúde das pessoas e da comunidade, sendo essencial na busca de

qualificação da assistência e da gestão em saúde para resolução dos problemas ao proporcionar a reflexão coletiva e oferecer instrumentos para a transformação das práticas de trabalho (DORNELES *et al*, 2020).

Possui como base para seu desenvolvimento, a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção a saúde e participação social; construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; reconhecimento de bases locais como unidades político territoriais (BRASIL, 2004).

Além disso, apresenta noções de aprendizagem significativa e problematização buscando promover transformação das práticas de saúde e educação a partir de uma construção compartilhada de conceitos, fundamentada com o conhecimento dos participantes e desenvolvida em serviço. Dessa forma, propõe-se ir além do conhecimento técnico, tendo a intenção de ressignificar o aprendizado e o autoaprimoramento através do trabalho, com inserção crítica da realidade e da articulação em equipe, necessários para desconstrução do modelo assistencial hospitalocêntrico (MICCAS; BATISTA, 2014).

É desenvolvida no cotidiano do trabalho considerando as realidades locais com enfoque na equipe multiprofissional onde são desenvolvidas potencialidades individuais e coletivas (DORNELES *et al*, 2020). Dessa forma, o SUS é compreendido como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem na assistência à saúde, levando em consideração sua dimensão e amplitude (MICCAS; BATISTA, 2014).

Na sua execução, identificam-se os problemas de saúde territoriais, de gestão ou do processo de trabalho, e se busca soluções por meio de atividades educativas, valorizando os saberes e experiências dos atores como estratégias de aprendizagem com métodos ativos, são eles: oficinas em grupo, rodas de conversa, webconferências, espaços informais, teatro, fantoches, música, poesia, simulação, animação, jogos educativos, experimentos, seminários, fóruns, reuniões de equipe e matriciamentos, envolvendo diferentes pessoas e suas concepções e maneiras de viver (DORNELES *et al*, 2020; LEITE e ROCHA, 2017).

Ali, no dia a dia do fazer as práticas de saúde, pode ser que um grupo de trabalhadores esteja conversando sobre como agir com a dona Isaura ou o senhor Antônio José e troquem ideias sobre isso. Essa conversa pode estar ocorrendo ali no café, em um espaço dentro de um estabelecimento qualquer... Nessa conversa, há grande chance de alguns que estão ali se

afetarem com o que está sendo falado e passarem a ver e agir de outro modo em relação aos casos (MERHY, 2016, p.08).

Estes espaços são oportunidades de compartilhamento de saberes e fazeres, de construção coletiva e aprendizado individual ao se deixarem tocar pelo que percebem, podendo transformar em práticas de cuidado integral focadas nas necessidades das pessoas que requerem atenção à saúde. Ao utilizar a EPS, pode-se inferir que não se aplica o conhecimento, mas se vive, experimenta, conhece, se move para outras direções de forma constante e estando sempre aberto a novas possibilidades, sem saturação (LEITE; ROCHA, 2017).

Por se fundamentar em metodologias ativas de conhecimento, a EPS tende a ser contrária às iniciativas de transmissão de conhecimentos, tratando-se de uma pedagogia problematizadora, significando pensar a prática, transgredindo a lógica individual para a lógica em equipe que permite maior integração entre os atores ao ponto de desenvolver consciência de grupo e fortalecer as identidades profissionais (CARDOSO *et al*, 2017).

Para que as mudanças nos processos de formação aconteçam é necessário o entendimento que não se constrói isoladamente o conhecimento e as práticas em saúde, não podem ser hierarquizadas (MICCAS; BATISTA, 2014), devendo envolver ativamente a horizontalização das decisões (CARDOSO *et al*, 2017).

A publicação desta política prevê um pensamento crítico e propositivo dos trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino, os quais compõem o chamado quadrilátero da EPS (DORNELES *et al*, 2020; CARDOSO *et al*, 2017) Esse conceito apresenta a educação permanente através de quatro pilares: ensino (vinculado a instituições de formação e políticas estudantis); atenção (assistência ao usuário); gestão e controle social (participação popular). O quadrilátero surge da necessidade de construção e organização da gestão da educação na saúde, valorizando o controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Desde a instituição da política, diversos movimentos de discussão entre gestores e técnicos do Brasil debatem em torno da sua implementação a fim de gerar iniciativas para a efetivação da PNEPS no âmbito do SUS por meio de ações gerenciais e operacionais que incidam sobre os problemas identificados na APS (GONÇALVES *et al*, 2019). Ou seja, entende-se a APS enquanto espaço fundamental para a implantação de estratégias de EPS, a exemplo do escopo deste trabalho.

Porém, observa-se ainda a não legitimação da EPS nos cenários de APS ao se verificar suas concepções, onde a compreensão de profissionais e gestores aproxima-se, em grande parte, do conceito sintetizado na educação continuada tornando-se um desafio de concretização e implementação quando é identificada como sinônimo de capacitação ou treinamento (FERREIRA *et al*, 2019) (DORNELES *et al*, 2020).

A EPS é articulada à Educação Continuada e à Educação em Saúde. A segunda é centrada nas categorias profissionais com foco na atualização dos conhecimentos, com a finalidade de aperfeiçoar as técnicas e habilidades para acompanhar as mudanças da atuação. A terceira tem como público alvo a população em geral, promovendo hábitos saudáveis para prevenir doenças com a finalidade de promoção da qualidade de vida (DORNELES *et al*, 2020).

Os conceitos de EPS e de Educação Continuada foram sendo aprimorados ao longo do tempo. A EPS acontece continuamente e interfere no nível multiprofissional, onde o aprendizado ocorre a partir das relações de trabalho interprofissionais, com uso de metodologias ativas para resolução de problemas de saúde ou do processo de trabalho e tem por objetivo a transformação das práticas técnicas e sociais. A Educação Continuada acontece esporadicamente e interfere mais no aspecto individual, onde cada profissional busca determinado conhecimento voltado para uma categoria em específico com finalidade de atualização profissional e aprimoramento técnico (MANCIA, CABRAL, KOERICH, 2004; BRASIL, 2004).

As demandas de capacitação não se originam a partir das necessidades individuais de atualização dos profissionais de saúde, mas a partir dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, considerando a problematização do processo e da qualidade das atividades desenvolvidas. Deste modo, habilidades de enfrentamento criativo das situações de saúde, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde com práticas éticas e humanísticas estariam sendo viabilizadas (BRASIL, 2004).

Contudo, os desafios da formação pelo trabalho são inúmeros: permeiam o desconhecimento e desvalorização da EPS por parte dos gestores; a não compreensão por parte de tutores e professores acerca dos princípios pedagógicos da EPS, conduzindo a práticas transmissivas não adequadas ao contexto local; precarização das relações de trabalho; financiamento reduzido (CARDOSO *et al*, 2017); a não priorização das ações de EPS no planejamento e programação nos

planos de saúde regionais (GONÇALVES *et al*, 2019); ou mesmo a falta de ferramentas que auxiliem o gestor na necessidade de articulação entre os níveis de gestão; a baixa participação popular; e o enfoque de trabalho fragmentado por profissões (FERREIRA *et al*, 2019).

Também são encontradas dificuldades como: a incipiente incorporação dos trabalhadores de saúde e movimentos sociais no processo de planejamento das ações que abordem a EPS e na articulação ensino-serviço; a infraestrutura deficitária como falta de escolas de saúde pública em alguns estados e inexistência do setor de EPS nos organogramas das secretarias estaduais de saúde; dificuldades de monitorar e avaliar as ações de EPS, como a ausência de indicadores que superem a quantificação de atividades realizadas; o déficit de apoio técnico com atribuições e responsabilidades de cada nível de governo e articulação interfederativa (GONÇALVES *et al*, 2019).

Para que a EPS seja de fato implementada na APS é necessário que os trabalhadores da saúde e gestores a compreendam como política e exista maior articulação entre ensino, serviço e participação popular no sentido de haver formação, reflexão e participação contínua destes atores com foco nas necessidades locais dos serviços e das pessoas (FERREIRA *et al*, 2019) levando em consideração o contexto político, histórico e social vivenciado (DORNELES *et al*, 2020).

Feuerwerker (2016) afirma que diversos são os modelos de utilização da EPS hoje existentes nos serviços do SUS, seja como modelos de trabalho com indicadores, humanização e ações programáticas ou como objeto de ação da gestão e/ou unidades de saúde para solução de problemas de inter-relação entre os profissionais. Em ambas as oportunidades, sempre há aprendizado e reflexão, pois a realidade está sendo transformada de alguma forma.

A autora supracitada reflete que mobilizações de reflexão quanto ao processo de trabalho causam incômodos e potências de várias ordens. Incômodo para a gestão em democratizar os processos de decisão, mas potência no sentido de ser uma oportunidade para transformar o modo de se produzir saúde. Incômodo para os trabalhadores ao necessitar sair da “zona de conforto” para se aprofundar em inovações da prática em saúde, mas potente na oportunidade de trabalhar sua autonomia e os encontros entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), as práticas assistenciais e de gestão devem permear a reflexão crítica tanto na educação aplicada ao trabalho, como em capacitações tradicionais. Os serviços de saúde não se constituem somente de espaços equipados para atendimento ao público, são espaços vivos onde existem rodas de trabalhadores e gestão, atuando e fazendo micropolítica, planejando seus modos de cuidado, organizando-se para produção de saúde. Neste sentido, as iniciativas de processo educativo devem partir da identificação da necessidade de aprendizagem dos atores envolvidos, lembrando que seus conhecimentos prévios também fazem parte deste contexto (FEUERWERKER, 2016).

Para que seja possível o desenvolvimento destas práticas, faz-se necessário a articulação entre os diversos atores para gestão da EPS. É necessária a construção coletiva em espaços de diálogo e negociação entre gestores, serviços de saúde, Instituições de ensino, Escolas Públicas de Saúde, Centros formadores, Núcleos de Saúde Coletiva, Hospitais de ensino, estudantes da área da saúde, Conselhos de Saúde, Movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

A partir do conhecimento de todos estes atores é possível fazer mudanças de práticas, aprendendo a viver juntos, coletivamente, com reconhecimento que o outro pode contribuir com o processo de formação. Aprender a ser o ser humano preparado para a lógica da EPS, com mudança estrutural, para conseguir se ter este perfil do aprendizado mais profundo de mudanças (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Mudanças e novos elementos podem ser incorporados na prática do dia a dia a partir do incômodo, da percepção que alguma prática é insuficiente ou insatisfatória, partindo daí a disposição para novas iniciativas, enfrentando os desafios das transformações. A aprendizagem significativa acontece mediante a produção de sentido que é descoberta a partir de um diálogo sobre um incômodo evidenciado na reflexão participativa e ativa dos trabalhadores. Porém, existe bastante complexidade nesta aprendizagem, exemplificada através de disputas de poder, lógicas corporativas, problemas pouco estruturados e escassa governabilidade (FEUERWERKER, 2016).

De acordo com Tannure e Pinheiro (2019), uma metodologia que pode auxiliar no processo de implementação da EPS nos serviços é a aplicação do Arco de Magueréz. Este arco traz um direcionamento para a reflexão dos problemas

tendo sempre como foco a realidade vivida, com observação dos pontos chaves e fatores determinantes dos mesmos, bem como levantando em teoria pertinente ao tema a possibilidade de análise e discussão com elaboração de hipóteses, aplicação das intervenções elaboradas e realização de uma nova observação da realidade após o ciclo ser concluído.

Uma oportunidade de aplicação deste método é nas reuniões de equipe na APS, considerando que na realidade já vem sendo aplicado mesmo que sem a articulação teórica com os problemas da prática do dia a dia. Por vezes é seguido em uma lógica uniprofissional, sem incorporar demais categorias profissionais para contribuir com o processo. Entende-se que a EPS tende a acontecer cotidianamente na APS, porém, por vezes, é necessária uma estrutura mais formal (a exemplo do Arco de Magueréz) do passo a passo a ser seguido.

Para Silva, Koopmans e Daher (2016) existem algumas etapas a serem seguidas neste âmbito. A primeira diz respeito à realização de um diagnóstico situacional a fim de entender de que ponto partir da realidade com determinada situação problema para poder ser convertido em alguma prática educativa. É necessário conhecer o perfil dos usuários, recursos que se tem disponível, perfil dos trabalhadores como habilidades e competências, fatores facilitadores e dificultadores, pontos frágeis que demandam capacitações e quais metas se pretende alcançar, pensando na lógica da formação e de EPS enquanto prática do serviço.

Em seguida, deve-se realizar o planejamento de atividades educativas com participação de todos os atores envolvidos, pois a vivência próxima aos conflitos traz subsídios para tomadas de decisão mais efetivas. Isso envolve a seleção de recursos, planejamento prévio, tempo necessário, material de consulta. Entender o que já se sabe sobre o tema, buscar conhecimento do que não se tem propriedade. Ao final das atividades se faz necessário avaliar continuamente, com participação dos atores, verificar se foi efetivo, se as metas foram alcançadas, adequar o que não surtiu efeito positivo, propiciar momento de escuta da equipe, pois sempre se pode melhorar. O erro é oportunidade de aprendizagem e a saúde sempre demanda modificações na sua promoção (SILVA; KOOPMANS; DAHER (2016).

É possível refletir que a saúde, a educação e o trabalho nos serviços são envolvidos por processos políticos, sociais, econômicos, desejos e demandas pessoais, pensamentos ideológicos e diferenças disciplinares. E que a implementação da EPS tem como desafios as dificuldades de infraestrutura, déficits

na gestão de recursos humanos, e nas ações crítico reflexivas e participativas. Torna-se, portanto essencial, diálogo contínuo entre gestão, profissionais dos serviços e professores a fim de que sejam abrangidas propostas de mudanças na estrutura do trabalho e do ensino entre estes atores (MICCAS; BATISTA, 2014).

Desse modo, percebe-se a EPS enquanto importante estratégia para análise situacional, reflexão sobre as possibilidades de praticar uma atenção integral à saúde dos usuários e neste ínterim oportunizar uma aprendizagem significativa para os diversos atores envolvidos.

3.2 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA APS

A Medicina de Família surgiu na década de 1970 nos Estados Unidos no Hospital Johns Hopkins por meio de um programa com a finalidade de especialização para médicos graduados, e na década seguinte foi considerada como Residência Médica, tornando a área médica pioneira nas Residências em saúde. Ocorreu concomitante ao movimento ideológico de Medicina Comunitária baseado na implantação de centros comunitários de saúde (SANTOS FILHO, SAMPAIO, BRAGA, 2017).

No Brasil as primeiras iniciativas de residência médica já aconteciam em 1945 na Universidade de São Paulo e em 1947 no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro- RJ. Na década de 1970 surgiu a Medicina Geral e Comunitária no Rio Grande do Sul pela Secretaria Estadual de Saúde, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, tornando-se multiprofissional em 1977 onde enfermeiros, médicos veterinários e assistentes sociais tiveram a oportunidade de ingressar na residência. A partir daí surgem os primeiros programas de residência médica de Porto Alegre- RS, Rio de Janeiro- RJ e Vitória do Santo Antão- PE. Em 1985 existiam 15 programas de Residência de Medicina Geral e Comunitária com residentes dispersos no país (SANTOS FILHO, SAMPAIO, BRAGA, 2017).

Em meio à discussão a respeito das novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, em 2002 o MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), financiou 19 programas de residências multiprofissionais, tendo o trabalho interprofissional como estratégia em comum. Porém o reconhecimento da Residência em Área Profissional da Saúde só ocorreu após

publicação da Lei nº 11.129 de 30 de Junho de 2005, instituindo a modalidade de pós graduação *lato sensu* com a perspectiva de formação em serviço (SANTOS FILHO, SAMPAIO, BRAGA, 2017).

Em 2009 o MEC e MS instituíram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) que teve como objetivo favorecer a formação de médicos especialistas em comum acordo com os gestores do SUS, buscando articulação entre as demandas do sistema de saúde e organização da RAS junto às instituições formadoras. Com sua implementação, houve uma melhor distribuição geográfica e priorização de especialidades estratégicas para o SUS, bem como trouxe elementos para iniciar uma nova relação entre as necessidades do sistema de saúde e a formação médica especializada (PETTA, 2013).

Considerando os resultados obtidos com o financiamento das residências, o MS em 2021 por meio da SGTES/MS lançou o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Trata-se de um conjunto de ações estratégicas destinadas à valorização dos atores envolvidos, qualificação complementar e aumento do número de bolsas de fomento, especialmente em regiões prioritárias (BRASIL, 2021).

O plano tem como público alvo prioritariamente os residentes, o corpo docente-assistencial, gestores de programas de residência em saúde e instituições dos programas de residência em saúde no Brasil. O desenvolvimento do plano ocorre em ciclos trienais com ações baseadas nos eixos norteadores: ofertas educacionais, valorização ensino-assistencial e apoio institucional (BRASIL, 2021).

Para Silva e Natal (2019), as residências em saúde caracterizam-se pela proposta de formação dos profissionais e transformação das suas práticas em saúde durante a rotina do serviço, bem como oportuniza a organização do processo de trabalho. Deste modo, atendem às necessidades do SUS e da PNEPS, sendo consideradas como instrumento de formação profissional para o SUS.

A EPS é uma das estratégias de práticas nas residências com a finalidade de melhoria dos serviços, atendendo às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS, alinhando as atividades aos seus princípios e diretrizes. Promove a execução de práticas assistenciais aliadas às pedagógicas, quando possibilita a reflexão das práticas executadas com a finalidade de ressignificação do processo de trabalho (BERNARDO *et al*, 2020). Ou seja, tem-se a oportunidade de

desenvolver uma aprendizagem significativa com análise do trabalho desenvolvido e definição de prioridades para reorganização dos espaços de produção de saúde (SILVA; ARAÚJO, 2019).

Os programas contam com o apoio de tutores, professores, preceptores e servidores das instituições de ensino e de saúde que atuam nos serviços de saúde para dar suporte ao modelo pedagógico-assistencial. Estes, com a experiência e conhecimentos adquiridos em conjunto aos residentes, têm a oportunidade de reflexão do trabalho desenvolvido, podendo despertar o interesse constante por conhecimento pelos residentes (BERNARDO *et al*, 2020).

A lógica da preceptoria relacionada à EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos para a transformação das práticas, baseadas em reflexão crítica das práticas reais. Neste caso, a preceptoria proporciona ao aluno a vivência destas práticas e relações de trabalho promovendo conhecimento e mudanças na formação do profissional (BRASIL, 2004).

As atividades nas residências são divididas em teóricas e práticas na carga horária total, norteadas para desenvolvimento de práticas multidisciplinares e interdisciplinares no campo de conhecimento, e integração entre práticas profissionais e saberes, por meio do eixo transversal de cada programa. Embora os programas de residência apresentem desenhos metodológicos diferenciados, existe um consenso com relação à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologia da problematização e aprendizagem baseada em problemas, executadas sob supervisão qualificada (BERNARDO *et al*, 2020).

Os residentes participam da integração entre teoria, prática e literatura com articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, propondo a integração ensino-serviço e de saberes (SILVA; ARAÚJO, 2019).

As residências visam traduzir um sistema didático pautado no desenvolvimento do saber (conhecimento) do fazer (habilidades) e do ser (atitudes), tendo no treinamento em serviço, o potencial de oferecer reais situações de vida em ambiente multiprofissional para desenvolvimento de competências na experiência real de trabalho no SUS (KRAMER; MARTINS; MARCHI, 2020). Produzem vivência na articulação intersetorial entre os serviços que compõem a rede de saúde atuando na referência e contra-referência (BERNARDO *et al*, 2020).

Com o intuito de promover e potencializar a expansão do nível superior, a residência multiprofissional abrange as áreas de residência profissional da saúde

(uniprofissional) e multiprofissional em saúde, com duração mínima de dois anos. Trazem a proposta de um modelo de formação inovador integrando saberes e conhecimentos de diferentes áreas profissionais a fim de qualificar o trabalho, utilizando-se de estratégias como clínica ampliada, projeto terapêutico singular e assistência profissional (BERNARDO *et al*, 2020).

Neste sentido, promovem o exercício profissional com excelência no cuidado integral à saúde, envolvendo as pessoas, comunidades e gestão, com atuação no âmbito individual, familiar e coletivo e mediante práticas de promoção da saúde, prevenção das enfermidades, atenção curativa e reabilitação, com a perspectiva de prática diferenciada de atuação considerando as necessidades de saúde, com visão integradora e articulada com os usuários do SUS (BERNARDO *et al*, 2020). Desprende-se do foco de atenção das patologias para as áreas de cuidado (SILVA; ARAÚJO, 2019). Deste modo, é uma oportunidade de adquirir uma visão integral do processo saúde e doença associando aspectos sociais, culturais e políticos (BERNARDO *et al*, 2020).

3.2.1 Residência de Medicina de Família e Comunidade/ RMFC- UFPB

A Residência médica na modalidade de pós graduação *lato sensu* é regulamentada pelo Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 que também cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) no âmbito do MEC. É destinada a médicos (as), funciona em instituições de saúde e é caracterizada por treinamento em serviço sob orientação de profissionais médicos com qualificação técnica (BRASIL, 1977).

O Programa Nacional de Apoio à formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1001, de 22 de outubro de 2009, tem a Medicina de Família e Comunidade como área estratégica. O Programa Mais Médicos em 2013 evidenciou a importância e ampliação dos programas de RMFC (SOARES *et al*, 2018). Eles têm por propósito formar médicos (as) com especialidade de atuação na APS, tendo como centro do cuidado as pessoas e famílias, de forma qualificada por meio de uma prática integrada, multidisciplinar com uso de metodologias ativas no processo de ensino aprendizagem (UFPB, 2018).

A RMFC-UFPB de João Pessoa-PB foi criada em 2009 em uma parceria entre a UFPB e a SMS-JP e posteriormente regulamentada sob portaria SMS-JP 016/2018 que dispõe sobre o desenvolvimento do programa, baseado na resolução 01/2015 da CNRM. Durante o programa de duração de 02 anos, o residente deve passar 70% da carga horária em atividades na APS e uma das áreas de competência prática a ser desenvolvida no primeiro ano é a EPS, com ampliação do nível de aprofundamento e complexidade durante o segundo ano (UFPB, 2018).

Em 2010 a RMFC da UFPB iniciou sua primeira turma no município em um contexto de organização da rede escola, implementação da reforma curricular na graduação de medicina da universidade e de necessidade de expansão e qualificação dos cenários de prática da APS. A residência foi criada junto à Comissão de Residência Médica da UFPB e no mesmo período foi disponibilizada bolsa complementar à bolsa do MEC ao residente e a contratação de preceptores pela SMS-JP (SOARES *et al*, 2018).

O cenário de prática inicialmente contou com duas Unidades de Saúde da Família (USF) onde já haviam atividades de graduação, chegando a contemplar sete unidades de saúde que recebem residentes e cinco destas, recebem a graduação de medicina. As USF de João Pessoa se estruturam em sua maioria em prédios com quatro Equipes de saúde da família (ESF), sendo unidades integradas enquanto espaços preferenciais para atividades provenientes da articulação ensino-serviço, junto ao preceptor. Desta forma torna-se um potente espaço para o desenvolvimento da EPS (SOARES *et al*, 2018).

O programa é caracterizado como treinamento em serviço com desenvolvimento das atividades pautadas na integração da clínica, saúde coletiva e educação popular (UFPB, 2018).

Na oportunidade de atuação, o residente assume o papel de médico da unidade com suporte de uma preceptoria local e professores, e no caso de grande demanda assistencial, dois residentes são inseridos em uma mesma equipe. Pelo menos um preceptor é alocado em cada unidade integrada para suporte clínico e de gestão em média quatro residentes. Esse, também contribui com o colegiado de acompanhamento dos programas e apoia o processo de trabalho das ESF (SOARES *et al*, 2018).

Os residentes também são apoiados por tutor de campo e tutor de núcleo, no desenvolvimento de competências pedagógicas, atividades de EPS, auxílio nas

ações da residência, integração desta com os serviços, graduação e internato, realização de aulas teóricas, avaliação dos residentes junto aos preceptores, orientação do trabalho de conclusão do curso (SOARES *et al*, 2018).

A maior parte da carga horária do residente é em atividade da APS, também realiza estágios em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e participa de atividades teóricas totalizando 60h semanais. Entre as atividades da APS estão: ambulatoriais individuais e em grupo, de EPS, territorialização, vigilância em saúde, visitas domiciliares, gestão do processo de trabalho. A aula teórica ocorre um turno por semana por professores do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB onde estão priorizadas as metodologias ativas abordando temas de saúde coletiva, educação popular e a PNAB (SOARES *et al*, 2018).

3.2.2 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/ João Pessoa/PB

No município de João Pessoa, a RMSFC foi iniciada em 2009 como uma parceria entre a UFPB e a SMS-JP, porém em 2011 encerrou suas atividades. Em seguida, novas iniciativas foram surgindo como a Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar/ RIMUSH no Hospital Universitário Lauro Wanderley/ HULW. Em 2014 iniciou a Residência Multiprofissional em Saúde da Criança/ REMUSC sendo uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde/ SES e o Complexo Pediátrico Arlinda Marques/ CPAM e tendo como instituição formadora a Faculdade Santa Emília de Rodat/ FASER (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2017).

O cenário de residências multiprofissionais no município foi fortalecido em 2015 com a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/ RMSM, vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/ NESC da UFPB, e da RMSFC, vinculada à Faculdade de Ciências Médicas/ FCM/PB como instituição formadora, em parceria com a UFPB e SMS-JP (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2017).

A RMSFC constitui modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, com regime de tempo integral, carga horária mínima de 5.760 horas, das quais 20% são destinadas às atividades teóricas e teórico-práticas e 80% às atividades práticas, distribuídas em 60 horas semanais (FCM-PB, 2020).

Tem por objetivo desenvolver tecnologias para a Estratégia de Saúde da Família a partir de competências técnico-metodológicas, técnico-operativas, sociais

e políticas, de modo participativo com práticas problematizadoras na perspectiva da prática da clínica ampliada e necessidades de EPS com qualificação dos serviços disponibilizados à comunidade (PMJP, 2016). Suas atividades caracterizam-se como uma educação pelo trabalho por meio da aprendizagem em serviço sob orientação de profissionais com qualificação técnica e compromisso ético (FCM-PB, 2020).

É regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e está condicionada a existência de condições propícias para seu desenvolvimento como dedicação de tutoria e preceptoria e produção científica (PMJP, 2016).

A formação junto aos tutores, preceptores e professores da FCM e UFPB ocorre por meio de encontros presenciais e a distância fomentando a aprendizagem em serviço de acordo com a Resolução da CNRMS de 13 de abril de 2012 onde a preceptoria é caracterizada como supervisão direta, por profissional especialista, das atividades práticas dos residentes onde se desenvolve o programa (PMJP, 2016).

As vivências de aprendizagem compreendem atividades nos territórios de Saúde da Família, técnico-conceituais e de extensão durante 80 horas de estágios nos serviços da RAS e vivências de produção científica. A avaliação ao término do curso compreende aspectos como resolubilidade, responsabilização, cumprimento de agenda com 85% de carga horária, análise de produtos que compreende individualmente uma monografia ou um artigo científico enviado para publicação, resultante de uma pesquisa de campo durante a residência (PMJP, 2016).

Para a formação da turma pioneira da RMSFC em 2015 foram ofertadas 25 vagas contemplando as categorias profissionais de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia e farmácia. Os residentes são dispostos em duplas, trios ou quartetos distribuídos nas USF integradas, tendo em vista serem cenários de práticas acadêmicas e da RMFC. A intenção é de integração entre as residências e potencialização das atividades desenvolvidas na APS. No primeiro ano os residentes vivenciam as atividades junto às ESF e no segundo ano participam obrigatoriamente de rodízios em serviços que compõem a RAS municipal (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2017).

3.3 CONTEXTO DE PANDEMIA DURANTE A RESIDÊNCIA

O período da residência de um número significativo de participantes deste estudo ocorreu em meio a um contexto mundial de emergência em saúde pública iniciado em março de 2020, a pandemia de COVID-19. No período pré-pandemia, o país já vivenciava uma conjuntura de instabilidade na política de saúde. Segundo Castro, Silva e Vasconcelos (2022), uma circunstância de desfavorecimento da política de saúde, com desfinanciamento e desmonte do SUS. Destacam-se a seguir alguns elementos dessa conjuntura.

As Emendas Constitucionais nº 93 e nº 95 de 2016 dispõem sobre o congelamento de gastos públicos por vinte anos nas áreas da saúde, educação e assistência social, o que torna um desafio à formação a partir do trabalho em saúde implicado com os princípios e diretrizes do SUS, visto a necessidade de suporte adequado para a execução deste trabalho (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

Os autores supracitados acrescentam ainda que em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada prevendo menor financiamento das novas equipes da Atenção Básica (AB), onde a atenção à saúde praticada pelas ESF estaria voltada em maior proporção à vulnerabilidade social e não mais como coordenadora do cuidado em saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possuem papel de ampliar o escopo e resolutividade da AB com apoio das diversas profissões da área da saúde, também passariam por um desfinanciamento.

Neste íterim, surge o Programa Previne Brasil, criado pela Portaria nº 2979/2019, que institui o financiamento da APS pela quantidade de pessoas cadastradas no serviço e não pela população adscrita. O cuidado em rede não seria mais coordenado pela APS, que estaria fragmentada, sendo um processo que abre portas para a privatização da saúde. Com relação às residências em saúde, um novo perfil dos programas emergia, voltado para a atenção hospitalar, estagnando a expansão das bolsas para residências em Área Profissional da Saúde entre os anos de 2016 a 2021 (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

O início das turmas de residências de 2020 coincidiu com o início da pandemia da COVID-19 no país, com isto a formação nas residências ficou prejudicada.

Devido ao seu alto potencial de transmissibilidade, o contexto da pandemia afetou e seguiu atingindo de várias maneiras a sociedade mundialmente. No Brasil,

o enfrentamento vem sendo, majoritariamente, ofertado pelo SUS, que institui a política de saúde como direito de todos e dever do Estado (WHO, 2020).

Em meados de 2021 eram mais de 14 milhões de casos confirmados e mais de 414 mil mortes causadas pela doença (BRASIL, 2021). Para o controle da transmissão do SARS-CoV-2, vírus transmissor da doença, a OPAS orientou o isolamento social evitando a aglomeração e levando governos e instituições a tomarem medidas restritivas para controle da disseminação do vírus (WHO, 2020).

Foi necessário elaborar um planejamento emergencial com medidas alternativas de atenção à saúde e distanciamento físico entre profissionais de saúde e usuários. Nesse contexto, as instituições educacionais enfrentaram grandes mudanças para dar continuidade na formação discente, a exemplo do uso das tecnologias digitais.

A crise sanitária vivenciada trouxe a necessidade de serem reorganizados os processos de residência na área da saúde, inclusive com recomendações do MEC com relação a afastamento dos residentes, cumprimento de carga horária e realocação de residentes para áreas de frente do combate à pandemia (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

Considerando que em boa parte da pandemia as atividades da CNRMS pelo MEC estavam suspensas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou recomendações para os programas como: suspensão de aulas presenciais, sendo ofertadas em acesso remoto, estudos orientados a distância, uso de ambientes virtuais de aprendizagem; reforço da necessidade de tutoria e preceptoria de campo; cumprimento dos protocolos de biossegurança; reorganização das atividades práticas e teórico práticas nos serviços; inserção nas atividades locais de enfrentamento a pandemia; acompanhamento do Núcleo Docente- Assistencial Estruturante e incentivo às reflexões quanto ao processo da pandemia nos Trabalhos de conclusão do curso (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

Tendo em vista o caráter emergencial em que se apresentava o cenário da pandemia COVID-19 estas adequações de reestruturação acadêmica, se tornaram um desafio, sobretudo nos processos educativos que valorizam a proximidade e a troca entre os sujeitos, como a adotada pela metodologia problematizadora.

Essa proposta de aprendizagem baseada em problemas traz desafios que são vivenciados diariamente, e apesar da intensificação do seu uso, se faz necessário que esse novo modelo de ensino e aprendizagem desperte o interesse,

motivação e acima de tudo o aprofundamento de conhecimento e o surgimento de novas ideias. No contexto da área da saúde, o impacto tem sido ainda maior para as pessoas inseridas no processo de formação (BASTOS *et al*, 2020).

Segundo Camacho (2020), a modalidade de ensino remoto é realizada por meio de tecnologias como mídias digitais em um tempo síncrono com videoaula, aula expositiva ou por webconferência e atividades em outros horários assíncronos. Nela, podem-se encontrar algumas dificuldades como disponibilidade efetiva de internet, formação de docentes e discentes quanto ao uso de novos recursos tecnológicos e necessidade de constante interação para um aprendizado integrado e cooperativo.

Repensar a organização deste novo espaço pedagógico para professores e estudantes pelo componente eminentemente remoto, distante da configuração física de sala de aula, significou para os docentes um desafio na construção criativa de um ambiente físico e emocional que proporcionasse sentido e apreensão de conhecimentos cognitivos. Este espaço também poderia reduzir os efeitos negativos do distanciamento social, potencializando a socialização e a autonomia, além de estimular nos discentes a expressão de emoções e sentimentos causados pela pandemia (FONSECA *et al*, 2020).

Além do contexto acadêmico, os residentes depararam-se com a realidade da atuação na prática dos serviços de saúde em um cenário pandêmico com seus múltiplos desafios e modificações dos fluxos de trabalho. Diante da pandemia, protocolos de segurança passaram a ser utilizados como uso de máscara em todos os ambientes, higienização frequente das mãos com álcool, teleatendimentos, necessidade de ambientes abertos e ventilados, distanciamento social. Havia propagação de informações equivocadas, pânico na comunidade e entre os profissionais de saúde, busca exagerada por insumos havendo faltas dos mesmos nos serviços, profissionais ausentes devido sua condição clínica individual e a atuação diária nas USF com uma equipe mínima disponível.

Considerando ainda as necessidades de atenção à saúde urgentes trazidas pelos usuários, todo um protocolo teve que ser ajustado nos serviços, desde a entrada deste usuário, a triagem até a sua saída. As ESF precisavam estar preparadas para detectar precocemente usuários suspeitos de infecção com COVID-19 para serem executadas medidas de distanciamento de modo a evitar a disseminação do vírus para os demais presentes. Deste modo, constantemente

foram discutidas estratégias de enfrentamento coletivamente, como por exemplo, a adoção de placas e banners informativos, ou ajustes de fluxos nas unidades (CUNHA *et al*, 2020).

Neste momento pandêmico o governo brasileiro disponibilizou uma bonificação mensal por seis meses para os residentes, contudo, diversas denúncias quanto ao seu não pagamento, atrasos nas bolsas salários de residentes, bem como não amparo aos residentes do grupo de risco como gestantes e lactantes e falta de equipamentos de proteção individual (EPI) nos cenários de práticas, culminaram no X Encontro Nacional de Residências em Saúde, realizado virtualmente, promovido pelos Fóruns de Residentes, Tutores, Preceptores, Coordenadores e seus apoiadores (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

Os questionamentos se intensificaram, com apoio do CNS, até que o governo lançou em julho de 2021 o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde com objetivos de: valorizar e qualificar os residentes; fortalecer a atuação do preceptor; apoiar institucionalmente os programas de residências e retomar as atividades da CNRMS. A Comissão retornou em setembro de 2021, com novo desenho, onde foi excluído o controle social nas políticas públicas na esfera federal (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

Várias foram às dificuldades vivenciadas pelos residentes quanto aos diversos ajustes realizados como: atividades práticas e teórico-práticas modificadas, com prejuízo formativo; atuação substituindo profissionais afastados dos serviços; atendimentos remotos aos usuários e criação de atividades virtuais (mesmo com dificuldade de acesso a internet); dificuldade de interlocução com os profissionais dos serviços; prática de modelo fragmentado de atenção à saúde; falta de reconhecimento e sofrimento mental (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022).

A Residência em Saúde chega ao segundo ano de pandemia, somando-se a velhas e novas problemáticas. A Residência tem como principal característica a relação intrínseca entre trabalho e formação, contudo, o que é potencialidade de articulação entre teoria e prática em saúde é também desafio ético, político e metodológico que foi potencializado no contexto pandêmico (CASTRO; SILVA; VASCONCELOS, 2022, p.63).

O desafio estava posto para toda a equipe de saúde, contudo deveria ser dada continuidade a assistência integral à saúde dos usuários, mesmo diante dos

diversos desafios, deste modo havia necessidade constante de obtenção de conhecimento técnico científico para lidar com a nova realidade.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E ESTRATÉGIA DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal de campo de caráter exploratório, com propósito de criar uma maior aproximação e detalhamento de informações em relação ao tema estudado (SOUZA *et al*, 2019).

O estudo é uma etapa do projeto de pesquisa “A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba”, aprovado na Chamada FAPESQ nº 005/2020, e financiado pelo PPSUS: gestão compartilhada em Saúde e Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/ UFPB.

O referido projeto abrange os Programas RMSFC do município de João Pessoa-PB, RMFC da UFPB, Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) do Estado da Paraíba, e Programa RMFC do Estado da Paraíba, abrangendo, portanto as residências do litoral e interior do Estado da Paraíba.

A execução do projeto citado é realizada por um grupo de estudo composto por quatorze colaboradores, dentre os quais cita-se os professores da UFPB, profissionais vinculados à ESP/PB, profissional vinculada à SMS/JP e FCM, alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da UFPB e aluna no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB.

São quatro os recortes do estudo, além deste voltado para a EPS nas RMSFC e RMFC do litoral, existe um segundo com ênfase na EPS das RMSC e RMFC do interior da Paraíba, um terceiro voltado para a interprofissionalidade nas RMSFC e RMFC do litoral e um quarto voltado para interprofissionalidade das RMSC e RMFC do interior da Paraíba, todos estudados por mestrados em saúde da família e em saúde coletiva.

Utilizou-se a abordagem mista com estratégia paralelo convergente, onde os métodos quantitativo (QUAN) e qualitativo (QUAL) foram trabalhados concomitantemente com priorização semelhante, implementação simultânea e conexão de banco de dados por fusão (QUAN + QUAL) (Figura 1).

Houve diálogo entre os métodos com a finalidade da complementaridade e favorecimento de uma interpretação mais completa e abrangente do fenômeno investigado. Os métodos foram mantidos independentes durante o processo de

coleta e análise dos dados, sendo combinados durante a interpretação visando a convergência, divergência ou combinação (SANTOS *et al*, 2017; CRESWELL; CLARK, 2015).

A adoção da metodologia mista visou uma melhor interpretação dos resultados obtidos através do apoio mútuo entre os bancos de dados. Para Paranhos *et al* (2016), a vantagem de integração entre os dois métodos consiste em explorar o melhor de cada um a fim de responder ao objeto de estudo favorecendo a um desenho mais robusto, visto que cada método tem potencialidades e limitações.

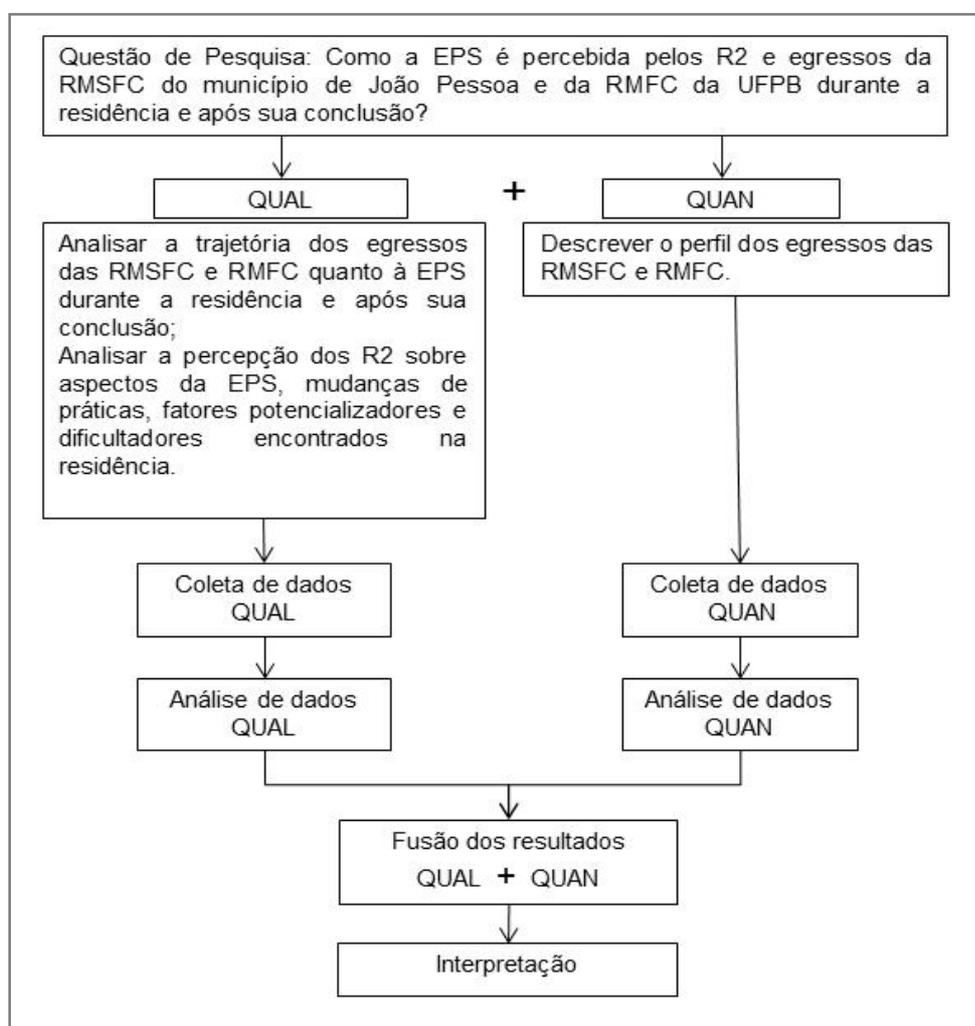


Figura 1. Diagrama representativo do desenho do estudo. João Pessoa, 2022.

Foi adotado o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (ANEXO C) com o propósito de possibilitar o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados desta pesquisa. Trata-se de um instrumento de

apoio para pesquisadores na elaboração do planejamento, execução e elaboração de relatórios de pesquisa qualitativa (TONG, SAINSBURY, CRAIG, 2007).

Este protocolo foi recentemente traduzido para o português e validado por pesquisadores da área da enfermagem e é composto por três domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, aspectos metodológicos do estudo e análise dos resultados, distribuídos em 32 itens a serem avaliados (SOUZA *et al*, 2021)

Também foi adotado o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (ANEXO D), versão 2011, traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Souto *et al* (2020). É um instrumento de avaliação concomitante da qualidade metodológica de estudos com desenhos diversos (qualitativos, quantitativos e mistos). Composto por duas questões de triagem e cinco domínios metodológicos: pesquisa qualitativa, ensaios clínicos randomizados, estudos não randomizados, estudos quantitativos descritivos e estudos de métodos mistos, distribuídos em dezenove questões.

4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de João Pessoa- PB, que tem uma população de 817.511 habitantes e possui 203 ESF distribuídas em seus cinco Distritos Sanitários. Os cenários de investigação foram os Programas de RMSFC do município e RMFC da UFPB que desenvolvem suas atividades em USFs locais. A escolha das USFs que recebem os programas se dá através de articulação entre a instituição de ensino e a gestão municipal pelos critérios de disponibilidade, existência de atividades acadêmicas, proximidade com a instituição de ensino e prioridades dos gestores municipais (PMJP, 2016).

Foram convidados para participar do estudo todos os egressos das RMSFC e RMFC desde o início dos programas (2009) num total de 180 egressos, considerando todos os núcleos profissionais, bem como os R2. Foram considerados R2 os residentes que estavam cursando o segundo ano de residência em fevereiro de 2022, num total de 32 R2, visto que estes poderiam contribuir com um maior quantitativo de informações a respeito do tema pesquisado comparado aos residentes que iniciaram a residência no ano do estudo. Foram excluídos os R2 que

se encontravam afastados por motivo de férias, licença de qualquer natureza ou com matrícula interrompida.

O acesso aos participantes do estudo se deu através da articulação com as Coordenações dos programas onde foi solicitado os contatos (nomes, telefones, *WhatsApp*, e-mail) dos R2 e egressos.

A comunicação com os participantes se deu pelos contatos disponibilizados da conta no aplicativo *WhatsApp*. O envio do convite para participação continha uma breve apresentação do estudo, observações sobre a pesquisadora como objetivos pessoais e razões para desenvolver a pesquisa; foi informado o objetivo do estudo, seus procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios, garantia do anonimato e direito de participarem ou não, bem como desistirem de participar em qualquer momento da pesquisa, sigilo dos dados e guarda do material coletado.

Todos os convidados que aceitaram participar receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelo serviço gratuito de criação de formulários da plataforma *Google* (*Google Forms*) disponibilizado por meio do aplicativo *WhatsApp*.

Conforme ilustrado na figura 2, 44 egressos participaram do estudo respondendo ao questionário e 12 R2 participaram das entrevistas semi-estruturadas. Nestas últimas, foi utilizado o critério de saturação compreendido pela identificação de que a questão da pesquisa foi respondida pelos participantes, não havendo possibilidade de novas ideias ou problemas emergirem com a realização de novas entrevistas. Deste modo, 27 R2 (69,2%) não participaram das entrevistas semi-estruturadas. Na etapa quantitativa do estudo, 136 egressos (75,5%) decidiram não participar do estudo devido ao fator disponibilidade de tempo.

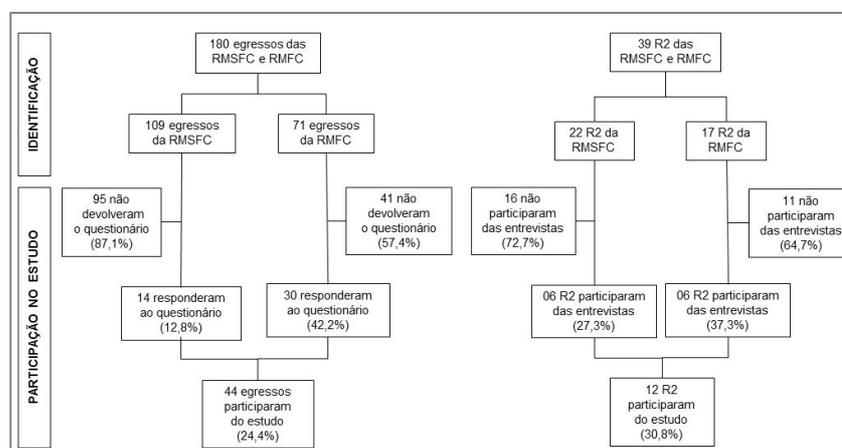


Figura 2. Fluxograma de participação no estudo. João Pessoa, 2022.

4.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados do estudo misto foi pensada pelo grupo de estudos da pesquisa, organizando-a em duas fases, preparo inicial e coleta de dados propriamente dita. Para tal, foi elaborado pelos professores envolvidos na pesquisa um Manual de campo e da pesquisa (FORTE *et al*, 2021).

A primeira fase foi dedicada a um adensamento teórico com discussões envolvendo a reorientação da formação em saúde no Brasil enfatizando o movimento de EPS, educação interprofissional, trabalho em equipe e práticas colaborativas, bem como sobre pesquisa qualitativa e quantitativa; diário de campo; entrevistas. Também houve diálogo sobre os programas de residências envolvidos no estudo, com os coordenadores destes, e com profissionais atuantes na ESP-PB e na SMS-JP com a intenção de aproximação dos pesquisadores com o contexto das residências, cenários e sujeitos (FORTE *et al*, 2021).

Na segunda fase, o grupo de estudo elaborou o questionário e o roteiro de entrevista. Após esta construção foi realizada validação do conteúdo dos instrumentos onde três especialistas da área de formação em saúde, pesquisa e residência em saúde foram convidados a analisar as categorias constantes nos roteiros (FORTE *et al*, 2021).

Segundo Zarili *et al* (2021) a validação do conteúdo por meio de julgamento e obtenção de consenso de especialistas busca avaliar se o instrumento de coleta de dados reproduz o universo sob investigação e representa o objeto em avaliação.

Em seguida, a pesquisadora realizou a coleta dos dados das abordagens qualitativa e quantitativa simultaneamente e individualmente durante os meses de março e abril de 2022.

4.3.1 Coleta dos dados Quantitativos

Os egressos responderam um questionário (APÊNDICE B) que abordou itens sociodemográficos, mercado de trabalho, percepção sobre o programa de residência e sobre a EPS após conclusão da residência. Junto às questões fechadas, foram utilizadas quatro questões com possibilidade de respostas abertas onde os participantes foram convidados a descrever e detalhar respostas apresentadas para as questões fechadas.

Segundo Chaer, Diniz e Ribeiro (2011), através do questionário pode-se atingir um maior número de pessoas, mesmo que dispersas geograficamente, com baixo custo, facilidade e em curto espaço de tempo.

A coleta destes dados ocorreu por meio de envio do questionário aos egressos pelo aplicativo *WhatsApp* onde foi disponibilizado o link para acesso ao instrumento através do *Google forms*.

4.3.2 Coleta dos dados Qualitativos

Os R2 participaram da entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) que abordou os eixos temáticos: perfil profissional, aspectos da EPS, potencialidades e desafios encontrados na Residência.

De acordo com Deslandes (2004), a entrevista possibilita obter as informações contidas nas falas dos sujeitos que vivenciam uma determinada realidade, dando a oportunidade de expor informações livres acerca do tema, quando a entrevista é semi-estruturada.

Previamente à coleta de dados foi realizado treinamento com discussão teórica e simulação entre três mestrandos (as) do Mestrado Profissional em Saúde da Família/ MPSF e uma do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva/ PPGSC, entrevistadores do grupo de pesquisa, com feedback de dois docentes com experiência. Posteriormente foram agendadas data e horário para realização da entrevista semiestruturada conforme disponibilidade dos (as) R2.

A coleta destes dados ocorreu de forma virtual e individual entre a pesquisadora e cada participante. Visto o cenário de isolamento social devido a pandemia COVID-19, foram realizadas de modo remoto por meio do serviço de comunicação por vídeo chamada online.

As salas virtuais foram abertas a partir do domínio @academico.ufpb.br, gravadas e salvas no drive do e-mail do mesmo domínio. A pesquisadora selecionou um local silencioso e confortável para realização das entrevistas, com disponibilidade de notebook, acesso a internet e instalação de um programa gratuito de gravação de áudio e tela. Não houve repetição de entrevistas.

Segundo Faleiros *et al* (2016), a utilização de ambientes virtuais para a realização de pesquisas na área da saúde é uma possibilidade econômica e com

maior velocidade de gerar informações, bem como praticidade e comodidade aos participantes, viabilizando sua execução.

Foi utilizado o diário de campo para registro das impressões trazidas pela pesquisadora ao término das entrevistas. Segundo FORTE *et al* (2021), este instrumento possibilita lembrar mensagens não verbais percebidas na fisionomia e gestos do entrevistado, bem como sensações, memórias, sentimentos, desconfortos, intuições e *insights* ao longo da reflexão e escrita, sendo uma importante ferramenta de auto análise do(a) pesquisador(a).

As entrevistas duraram em média 40 minutos, com no máximo 60 minutos. Foram audiogravadas e posteriormente transcritas para então ser realizada a análise dos dados qualitativos.

As gravações foram transcritas na íntegra com uma primeira escuta dos áudios por componentes do grupo de estudos vinculados ao Programa de Iniciação Científica (PIBIC) e validadas com uma segunda escuta e leitura do material pela pesquisadora do presente estudo. Esta escuta não foi somente reprodução das falas contidas na gravação, mas foi composta por uma busca de ideias, opiniões, expressões, sentimentos expostos durante o diálogo na entrevista.

Para garantir o anonimato, os registros das entrevistas foram apresentados segundo a ordem de realização (Entrevista 01, Entrevista 02...). O critério de saturação das informações obtidas foi observado e discutido com o grupo de estudo (SAUNDERS, B. *et al*, 2018).

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Com a obtenção dos dados quantitativos e qualitativos, prosseguiu-se com a análise individual das abordagens, simultaneamente e separada uma da outra. Após análise inicial separada, foi realizada a fusão dos dados obtidos, vinculando-os sistematicamente com o apoio mútuo entre as abordagens, obtendo mais resultados para enriquecimento da análise.

De acordo com Creswell e Clark (2015), a fusão das análises tem por intuito obter um entendimento mais completo e determinar convergências, divergências e combinações para uma compreensão abrangente do problema de pesquisa.

4.4.1 Análise dos dados Quantitativos

Foi realizada análise crítica e exploratória a fim de serem investigadas inconsistências e compreender melhor as variáveis do estudo. Em seguida, os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e construída a contagem de frequência absoluta (n) e relativa (%), de acordo com os resultados encontrados. Por fim estes foram apresentados em forma de tabelas e figuras, para melhor compreensão dos resultados encontrados.

As questões contidas no questionário com possibilidade de respostas abertas foram analisadas elaborando-se categorias e em seguida frequência absoluta (n) e relativa (%) de acordo com a constância das mesmas.

4.4.2 Análise dos dados Qualitativos

Os dados qualitativos foram analisados valorizando as colocações individuais, observando impressões faciais e verbais dos entrevistados de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) na modalidade categorial temática, que tem por objetivo a busca dos sentidos do documento, trazendo conteúdo de valor à informação descrita quando comparada com proposições já anteriormente aceitas.

Trata-se de uma técnica de análise das comunicações buscando-se por temas que auxiliem na compreensão do que foi dito, com o intuito de produzir inferências das informações coletadas (SILVA; FOSSÁ, 2015).

A sistematização dos dados seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise foi iniciada a organização dos dados coletados com leitura flutuante do material transcrito observando os aspectos importantes e as ideias iniciais para as fases de análise.

Através de releituras do material foi possível realizar a exploração dos registros para a obtenção de Unidades de análise e a partir destas foi obtida a Categorização Temática (APÊNDICE D) com respaldo no referencial teórico.

As categorias foram discutidas no grupo de estudo e se baseiam em conceitos norteadores obtidos através da literatura explorada durante o estudo. Utilizou-se uma matriz elaborada através de planilha eletrônica para auxiliar no processo de organização do material e codificação dos dados.

Considerando o caminho traçado, apresenta-se detalhadamente no quadro 3 uma síntese dos aspectos metodológicos do estudo:

Quadro 3. Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. João Pessoa, 2022.

Desenho do estudo	Estudo transversal com abordagem mista e estratégia paralelo convergente.	
	QUAN	QUAL
Participantes	44 egressos	12 R2
Etapas para a coleta de dados	<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de roteiro para o questionário pelo grupo de estudo; - Validação do instrumento por especialistas; - Envio do questionário aos participantes, pela pesquisadora. <p>Produto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variáveis quantitativas 	<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adensamento teórico; - Elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada pelo grupo de estudo; - Validação do instrumento por especialistas; - Elaboração de Manual de campo; - Treinamento dos entrevistadores do grupo de estudo; - Realização das entrevistas pela pesquisadora; - Utilização do diário de campo; - Transcrição das entrevistas; - Observação do critério de saturação. <p>Produto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transcrições
Análise de dados	<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise crítica e exploratória dos dados; - Tabulação dos dados. <p>Produto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de frequência simples com variáveis absolutas (n) e percentuais (%). 	<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistematização dos dados; - Seleção de unidades de análise; - Verificação de conceitos norteadores; - Análise temática. <p>Produto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quatro Categorias temáticas
Fusão dos resultados	<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relação entre as variáveis quantitativas e as categorias temáticas. <p>Produto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matriz relacionando as variáveis quantitativas e as categorias temáticas. 	
Interpretação	<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar como os resultados fundidos produzem um melhor entendimento do objeto. <p>Produto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produção de conhecimento acerca da percepção dos R2 e egressos quanto à EPS durante e após a conclusão da Residência. 	

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi orientado conforme a Resolução 466/2012 do CNS/MS. Foi submetido à Plataforma Brasil sob CAAE nº 37477420.1.0000.5188 buscando minimizar riscos, potencializar os benefícios e garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados entre os participantes do estudo, tendo obtido aprovação.

Todos os convidados que aceitaram participar receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelo serviço gratuito de criação de formulários da plataforma *Google* (*Google Forms*) disponibilizado por meio do aplicativo *WhatsApp*.

Para retirar a possibilidade de que as informações chegassem ao conhecimento de pessoas não envolvidas diretamente com o estudo, os questionários não continham espaço para informações pessoais como nome e após obtenção da base de dados, foi excluído o e-mail do participante, identificando-os com codificação alfanumérica (Entrevista 01, Entrevista 02...) de forma a assegurar o tratamento dos dados com segurança e confidencialidade.

Deste modo, as informações foram utilizadas para fins de produção do conhecimento científico com garantia de sigilo das informações durante o processo do estudo até a sua finalização.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Participantes da entrevista semi-estruturada – etapa qualitativa

Na tabela 1 estão apresentados os dados relacionados às variáveis sociodemográficas dos R2, participantes da etapa qualitativa de pesquisa. Esta etapa envolveu um total de 12 participantes, distribuídos em igual proporção (50,0%, n=6) entre os R2 da RMFC e RMSFC.

Quanto à faixa etária, 63,6% (n=8) dos entrevistados tem entre 26 e 39 anos.

De acordo com a divisão do período de formação na graduação em quadriênio, o período compreendido entre 2018 e 2021 respondeu pela maior proporção de conclusão do curso graduação, representando 75,0% (n=9) dos entrevistados.

Tabela 1. Características sociodemográfica dos R2 da RMSFC e RMFC. João Pessoa, 2022.

Variáveis	RMFC		RMSFC		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	3	50,0	1	16,7	4	33,3
Masculino	3	50,0	5	83,3	8	66,7
Idade						
26-29	2	33,3	6	100,0	8	63,6
30-33	2	33,3	-	-	2	18,2
34-37	2	33,3	-	-	2	18,2
Autodeclaração de cor/ raça						
Branca	3	50,0	4	80,0	7	63,6
Parda	2	33,3	2	20,0	4	27,3
Preta	1	16,7	-	-	1	9,1
Formação						
Medicina	6	100,0		*	6	50,0
Nutrição	*	-	0	0,0	0	0,0
Psicologia	*	-	2	33,3	2	16,7
Enfermagem	*	-	1	16,7	1	8,3
Farmácia	*	-	2	33,3	2	16,7
Fisioterapia	*	-	1	16,7	1	8,3
Odontologia	*	-	0	0,0	0	0,0
Ano de conclusão da Graduação						
2014-2017	-	-	3	50,0	3	25,0
2018-2021	6	100,0	3	50,0	9	75,0

* Não se aplica

5.1.2 Participantes do questionário – etapa quantitativa

Na tabela 2 é apresentado o perfil dos egressos das RMFC e RMSFC que participaram da etapa quantitativa da pesquisa. Fizeram parte desta, 44 egressos dos programas de residência em saúde, sendo 68,2% (n=30) da RMFC e 31,8% (n=14) da RMSFC.

A mediana de idade entre os egressos da RMFC foi de 33,0 (27 a 51) anos e de 31,7 (26 a 40) anos para egressos da RMSFC.

De acordo com a divisão do período de formação na graduação em quadriênio, o período compreendido entre 2014 e 2017 respondeu pela maior proporção de conclusão do curso (graduação) para ambas as residências, com 40,0% (n=12) para aqueles da RMFC e 50,0% (n=7) da RMSFC. Destaca-se que 88,6% (n=39) concluíram o curso de graduação em Instituições de Ensino Superior de natureza pública.

Partindo do mesmo pressuposto de divisão de período para a conclusão da graduação, o período de conclusão da residência compreendido entre 2018 e 2021, em ambas as residências, correspondeu à maior proporção, com 60,0% (n=18) e 78,6% (n=11) para a RMFC e RMSFC, respectivamente.

A mediana de anos do tempo entre a conclusão da graduação e da residência foi de 3 (2 a 17) anos para a RMFC e 5 (3 a 11) anos para RMSFC.

Tabela 2. Características sociodemográfica dos egressos da RMSFC e RMFC. João Pessoa, 2022.

Variáveis	RMFC		RMSFC		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	17	56,7	4	28,6	21	47,7
Masculino	13	43,3	10	71,4	23	52,3
Idade						
26-29	4	13,3	4	28,6	8	18,2
30-33	13	43,3	7	50,0	20	45,4
34-37	7	23,3	2	14,3	9	20,4
38-41	4	13,3	1	7,1	5	11,4
42-51	2	6,7	-	-	2	4,5
Autodeclaração de cor/ raça						
Branca	17	56,7	8	57,1	25	56,8
Parda	11	36,7	4	28,6	15	34,1
Preta	0	0,0	2	14,3	2	4,5
Prefiro não informar	2	6,7	-	-	2	4,5
Nacionalidade						
Brasileira	28	93,3	14	100,0	42	95,4
Não brasileira	2	6,7	-	-	2	4,5
Formação						
Medicina	30	100,0	*	-	30	68,2
Nutrição	*	-	2	14,3	2	4,5
Psicologia	*	-	2	14,3	2	4,5
Enfermagem	*	-	2	14,3	2	4,5
Farmácia	*	-	3	21,4	3	6,8
Fisioterapia	*	-	4	28,6	4	9,1
Odontologia	*	-	1	7,1	1	2,3
Ano de conclusão da Graduação						
2002-2005	2	6,7	-	-	2	4,5
2006-2009	3	10,0	2	14,3	5	11,4
2010-2013	9	30,0	5	35,7	14	31,8
2014-2017	12	40,0	7	50,0	19	43,2
2018-2021	4	13,3	-	-	4	9,1
Instituição de Ensino do curso de Graduação						
Pública	26	86,7	13	92,8	39	88,6
Privada	4	13,3	1	7,1	5	11,4
Ano de conclusão da RMFC/RMSFC						
2010-2013	3	10,0	-	-	3	6,8
2014-2017	9	30,0	3	21,4	12	27,3
2018-2021	18	60,0	11	78,6	29	65,9

* Não se aplica

Também foi abordado com os egressos participantes da etapa quantitativa da pesquisa, o vínculo empregatício e o desenvolvimento de atividades ligadas ao processo de formação em serviço após a residência.

Com relação ao tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional, 83,3% (n=25) dos egressos da RMFC e 71,4% (n=10) dos egressos da RMSFC afirmaram ter ocorrido de imediato ou até 3 meses após a conclusão, e 6,8% (n=3) dos egressos não estão trabalhando atualmente. Possuem 1 vínculo empregatício 53,3% (n=16) dos egressos da RMFC e 71,4% (n=10) da RMSFC com renda mensal aproximada de 8 a 14 salários mínimos (73,3%; n=22) e de 1 a 7 salários mínimos (85,7%; n=13) respectivamente (Tabela 3).

Entre os egressos, 34,1% (n=15) trabalham atualmente no município de João Pessoa-PB e 43,2% (n=19) em outros Estados desempenhando atividades assistenciais entre a maioria (60,9%; n=25).

A atividade atual tem vínculo com o SUS na maior parte entre os egressos (81,8%; n=36) e este vínculo se deu entre os egressos da RMFC por meio de processo seletivo simplificado (34,6%; n=9), outros meios (34,6%; n=9) e concurso público (26,9%; n=7). Já entre os egressos da RMSFC com vínculo com o SUS, 40,0% (n=4) é por meio de concurso público e 40,0% (n=4) por outros meios.

Quando os egressos foram questionados quanto a realizar alguma atividade de preceptoria no trabalho atual, 53,3% (n=16) dos egressos de RMFC informaram que sim, em sua maior parte em programas de residência (75,0%; n=12). Já entre os egressos da RMSFC, 71,4% (n=10) informaram que não e entre os que informaram que sim (21,4%; n=3) o curso de graduação de nutrição é o principal de atuação (66,7%; n=2).

A EPS é percebida como prática inserida no cotidiano das atividades atuais em 54,5% (n=24) dos egressos. Entre os fatores mencionados pelos respondentes, foram categorizados e considerada a principal menção, desta forma, o compromisso sanitário do residente com os SUS e as comunidades (14,6%; n=6) e o exercício do trabalho interprofissional com foco na realidade local (9,8%; n=4) foram os principais fatores favoráveis. Entre os fatores que desfavorecem esta prática estão: a ocorrência da pandemia COVID-19 durante a residência e a prática do modelo médico centrado na APS, ambas com (14,3%; n=4), sendo os pontos que mais negativos para os egressos da RMFC respondentes. Para 23,1% (n=3) dos egressos da RMSFC que responderam, as poucas oportunidades de discussão são pontos negativos no processo do desenvolvimento da prática da EPS no cotidiano das atividades.

É importante destacar que 46,3% (n=19) do total de egressos não apontaram fatores desfavoráveis.

Tabela 3. Vínculo empregatício e desenvolvimento de atividades ligadas ao processo de formação em serviço dos egressos da RMSFC e RMFC após a residência. João Pessoa, 2022.

Variáveis	RMFC		RMSFC		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional						
De imediato até 3 meses	25	83,3	10	71,4	35	79,5
De 4 meses a 1 ano	2	6,7	1	7,1	3	6,8
De 1 a 3 anos	1	3,3	2	14,3	3	6,8
Mais de 4 anos	-	-	-	-	-	-
Não está trabalhando atualmente	2	6,7	1	7,1	3	6,8
Quantidade de vínculos empregatícios que possui atualmente						
1	16	53,3	10	71,4	26	59,1
2	9	30,0	3	21,4	12	27,3
Mais de 02	3	10,0	-	-	3	6,8
Não está trabalhando atualmente	2	6,7	1	14,3	3	6,8
Renda mensal atual aproximada						
Nenhuma renda	2	6,7	1	7,1	3	6,8
De 1 a 7 salários mínimos	2	6,7	13	85,7	15	34,1
De 8 a 14 salários mínimos	22	73,3	-	-	22	50
Mais de 15 salários mínimos	4	13,3	-	-	4	9,1
Cidade onde trabalha atualmente						
João Pessoa-PB	11	36,7	4	28,6	15	34,1
Outros municípios PB	3	10,0	3	21,4	6	13,6
Outros Estados	13	43,3	6	42,9	19	43,2
Outros Países	1	3,3	-	-	1	2,3
Não está trabalhando atualmente	2	6,7	1	7,1	3	6,8
Tipo de atividade que desempenha						
Assistencial	18	64,3	7	53,8	25	60,9
Gerencial	2	7,1	3	23,1	5	12,2
Docência	7	25,0	-	-	7	17,1
Auditoria	-	-	-	-	-	-
Consultoria	1	3,6	-	-	1	2,4
Outra	0	0,0	3	23,1	3	7,3
Exerce alguma atividade com vínculo com o SUS						
Sim	26	86,7	10	71,4	36	81,8
Não	2	6,7	3	21,4	5	11,4
Não está trabalhando atualmente	2	6,7	1	7,1	3	6,8
Se sim, o vínculo com o SUS foi por meio de						
Concurso público	7	26,9	4	40,0	11	30,6
Processo seletivo simplificado	9	34,6	1	10,0	10	27,8
Contratação por cooperativa	-	-	-	-	-	-
Cargo comissionado	1	3,8	1	10,0	2	5,6
Outro	9	34,6	4	40,0	13	36,1

Continua

Realiza alguma atividade de preceptoria no trabalho atual							
Sim	16	53,3	3	21,4	19	43,2	
Não	12	40,0	10	71,4	22	50	
Não está trabalhando atualmente	2	6,7	1	7,1	3	6,8	
Se sim, curso de Graduação/Residência no qual exerce preceptoria							
Graduação de Medicina	2	12,5	-	-	2	10,5	
Graduação de Nutrição	-	-	2	66,7	2	21	
RMFC	12	75,0	-	-	12	63,1	
RMSFC	-	-	1	33,3	1	5,3	
Internato de Medicina	2	12,5	-	-	2	10,5	
No trabalho atual, percebe que a EPS faz parte do cotidiano das atividades							
Sim	16	53,3	8	57,1	24	54,5	
Não	12	40,0	5	35,7	17	38,6	
Não está trabalhando atualmente	2	6,7	1	7,1	3	6,8	
Fatores que favorecem a prática da EPS no cotidiano das atividades (Questão aberta)							
Compromisso sanitário com o SUS e as comunidades	2	7,1	4	30,8	6	14,6	
Diálogo entre gestores, trabalhadores, instituição de ensino e comunidade	2	7,1	-	-	2	4,9	
Trabalho interprofissional com foco na realidade local	2	7,1	2	15,4	4	9,8	
Não responderam	22	78,6	7	53,8	29	70,7	
Fatores que desfavorecem a prática da EPS no cotidiano das atividades (Questão aberta)							
Pandemia COVID-19	4	14,3	1	7,7	5	12,2	
Prática do modelo médico centrado	4	14,3	-	-	4	9,8	
Desgaste interpessoal	3	10,7	2	15,4	5	12,2	
Poucas oportunidades de discussão	3	10,7	3	23,1	6	14,6	
Não acontece prática da EPS	-	-	2	15,4	2	4,9	
Não responderam	14	50,0	5	38,5	19	46,3	

Segundo a satisfação com o programa de residência cursado, 59,1% (n=26) avaliaram como bom ou excelente e 29,5% (n=13) consideram regular (Tabela 4).

Dentre os fatores positivos levados em consideração para esta avaliação, encontram-se o alcance de uma aprendizagem significativa, como o aspecto mais mencionado na categorização (22,7%; n=10) e presença de um corpo docente qualificado (13,6%; n=6). Dentre os fatores negativos associados à avaliação destacam-se: presença de preceptores pouco qualificados; suporte teórico do programa pouco estruturado; e pouco diálogo entre gestão e instituição de ensino; ambos com 13,6% (n=6) nas contribuições de menções que relacionam com a avaliação negativa.

A afinidade com o trabalho na APS (38,6%; n=17) e a oportunidade de exercer um cuidado integral, humanizado e continuado (36,4%; n=16), está entre as principais razões de interesse pela APS e estratégia de saúde da família.

Quando questionados sobre a opinião se a residência está fazendo-o(a) um(a) profissional diferenciado(a) no seu campo de atuação, 93,2% (n=41) dos egressos afirmaram que sim.

De acordo com a avaliação se havia acompanhamento de um preceptor durante sua atuação, 53,3% (n=16) dos egressos da RMFC concordaram que ocorria algumas vezes e 42,8% (n=6) dos egressos da RMSFC concordaram que existia na maioria das vezes. Com relação ao acompanhamento do tutor/ professor durante a atuação, a maioria dos egressos, 59,1% (n=26), reportaram que esta atividade acontecia algumas vezes.

Em 93,2% (n=41) dos egressos afirmaram que durante a residência houve discussão com professor/ tutor/ preceptor sobre casos ou plano de cuidado ou planejamento ou situações problemas, na maioria das vezes em momentos de discussão de casos clínicos específicos (43,9%; n=18).

Quanto aos motivos de escolha para a realização das residências, os egressos concordam que entre esses estão: afinidade com o processo de trabalho na APS (79,5%; n=35), busca por melhorar os conhecimentos a partir da prática (90,9%; n=40), pela possibilidade de ter uma experiência profissional qualificada (86,4%; n=38).

Com relação à vivência atribuída ao programa de residência, 56,7% (n=17) dos egressos da RMFC concordaram que os preceptores são qualificados para o processo de preceptoria. Em contraponto, apenas 28,6% (n=4) dos egressos da RMSFC referem que preceptores são qualificados para o processo de formação em serviço.

A mesma percepção é observada quando perguntado sobre a qualificação dos tutores para o processo de formação, onde 76,7% (n=23) dos egressos RMFC afirma que estes são qualificados, ao passo que apenas 21,4% (n=3) dos egressos da RMSFC concordam que os tutores do programa são qualificados para as atividades relacionadas à residência, tendo 78,6% (n=11) concordando em parte ou discordando acerca da qualidade do processo de trabalho dos tutores.

Quando questionados se concordam que os preceptores e tutores trabalhavam com metodologias ativas, 63,3% (n=19) dos egressos da RMFC concordaram e 71,4% (n=10) dos egressos da RMSFC concordaram parcialmente.

Quanto ao processo formativo na residência, 60,0% (n=18) dos egressos da RMFC concordaram que promove a formação baseada em metodologias ativas, já os egressos da RMSFC concordam parcialmente (57,1%. n=8).

Para 72,7% (n=32) dos egressos, existe no escopo da residência a capacidade de promover o protagonismo do residente no processo ensino-aprendizagem.

Com relação a possuir um sistema de avaliação que ajuda a auto reflexão do residente, 46,7% (n=14) dos egressos da RMFC concordaram e 33,3% (n=10) concordaram parcialmente. Dos egressos da RMSFC, 64,3% (n=9) concordaram parcialmente.

Os egressos em sua maioria, concordam que a formação permite a concepção do processo formativo vinculado ao SUS, 70,4% (n=31), bem como 75,0% (n=33) concordaram que permite a concepção de trabalho centrado no usuário/família, território e comunidade, ancorada em uma formação baseada no diálogo entre teoria e prática (52,3%; n=23).

A respeito da articulação da residência com as graduações e outros programas de residência desenvolvidos nos serviços de atuação, 43,3% (n=13) dos egressos da RMFC concordaram parcialmente e 42,8% (n=6) dos egressos da RMSFC concordaram que sim, que a residência tem essa capacidade de ser um espaço de articulação com outros espaços de colaboração em ensino

Quanto ao exercício de preceptoría com estudantes de graduação durante a residência, 96,7% (n=29) dos egressos da RMFC concordaram que executaram atividades em conjunto, ao passo que 57,1% (n=8) dos egressos da RMSFC discordaram em ter executado processos colaborativos de preceptoría. Com relação ao exercício de preceptoría com estudantes de cursos técnicos, 86,4% dos egressos discordaram ter exercido.

Tabela 4. Satisfação dos egressos da RMFC e RMSFC com o programa de residência cursado. João Pessoa, 2022.

Variáveis	RMFC		RMSFC		Total	
	n	%	n	%	n	%
Como avalia a Residência que cursou						
Muito ruim	1	3,3	1	7,1	2	4,5
Ruim	2	6,7	1	7,1	3	6,8
Regular	11	36,7	2	14,3	13	29,5
Bom	12	40	10	71,4	22	50
Excelente	4	13,3	-	-	4	9,1
Aspectos levados em consideração para avaliação da Residência*						
Alcance de aprendizagem significativa	7	23,3	3	21,4	10	22,7
Corpo docente qualificado	6	20	-	-	6	13,6
Pouco entendimento pela gestão e/ou equipe de saúde sobre o papel do residente	-	-	5	35,7	5	11,4
Preceptores pouco qualificados	5	16,7	1	7,1	6	13,6
Suporte teórico pouco estruturado	3	10	3	21,4	6	13,6
Existência de pressão assistencial	5	16,7	-	-	5	11,4
Pouco diálogo entre gestão e instituição de ensino	4	13,3	2	12,8	6	13,6
Razões do interesse pela atenção primária, estratégia de saúde da família*						
Oportunidade de exercer um cuidado integral, humanizado e continuado	13	43,3	3	21,4	16	36,4
Oportunidade de exercer um trabalho interprofissional	1	3,3	1	7,1	2	4,5
Compromisso sanitário com pessoas, famílias e comunidades	5	16,7	4	28,6	9	20,4
Afinidade com o trabalho na APS	11	36,7	6	42,9	17	38,6
Acha que a Residência o (a) fez um(a) profissional diferenciado no seu campo de atuação						
Sim	27	90	14	100	41	93,2
Não	3	10	-	-	3	6,8
Havia acompanhamento de preceptor durante sua atuação						
Nunca	3	10	2	14,3	5	11,4
Algumas vezes	16	53,3	5	35,7	21	47,7
Maioria das vezes	7	23,3	6	42,8	13	29,5
Sempre	4	13,3	1	7,1	5	11,4
Havia acompanhamento de Tutor/Professor durante sua atuação						
Nunca	-	-	5	35,7	5	11,4
Algumas vezes	19	63,3	7	50	26	59,1
Maioria das vezes	9	30	2	14,3	11	25
Sempre	2	6,7	-	-	2	4,5
Durante a Residência houve discussão com professor/tutor/preceptor de casos, ou plano de cuidado, ou planejamento ou situações problemas						
Sim	29	96,7	12	85,7	41	93,2
Não	1	3,3	2	14,3	3	6,8
Descrição de situação em que houve discussão com professor/tutor/preceptor de casos, ou plano de cuidado, ou planejamento ou situações problemas*						
Houveram poucas oportunidades de discussão	4	13,8	3	25	7	17,1
Foi discutido em reuniões de equipe	2	6,9	1	8,3	3	7,3
Foi discutido em momentos de aulas teóricas	2	6,9	1	8,3	3	7,3
Houveram momentos de discussão de casos clínicos	14	48,3	4	33,3	18	43,9
Não responderam	7	24,1	3	25	10	24,4

*Categorizado de acordo com a informação principal.

** Foram atribuídas as seguintes classificações: 1 a 4 (discordo); 5 a 7 (concordo parcialmente) e 8 a 10 (concordo)

Continua

Motivo de escolha quanto à realização da residência (pontuação de 1 a 10, sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente)**							
Afinidade com o processo de trabalho na atenção primária/ estratégia saúde da família							
1 a 4	3	10	1	7,1	4	9,1	
5 a 7	5	16,7	-	-	5	11,4	
8 a 10	22	73,3	13	92,8	35	79,5	
Busca por melhorar os conhecimentos a partir da prática							
1 a 4	1	3,3	-	-	1	2,3	
5 a 7	3	10	-	-	3	6,8	
8 a 10	26	86,7	14	100	40	90,9	
Pela possibilidade de ter uma experiência profissional qualificada							
1 a 4	1	3,3	-	-	1	2,3	
5 a 7	4	13,3	1	7,1	5	11,4	
8 a 10	25	83,3	13	92,8	38	86,4	
Vivência atribuída ao programa de residência (pontuação de 1 a 10, sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente)**							
Os preceptores são qualificados para o processo de preceptoría							
1 a 4	3	10,0	5	35,7	8	18,2	
5 a 7	10	33,3	5	35,7	15	34,1	
8 a 10	17	56,7	4	28,6	21	47,7	
Os tutores são qualificados para o processo de aprendizagem na Residência							
1 a 4	1	3,3	7	50	8	18,2	
5 a 7	6	20,0	4	28,6	10	22,7	
8 a 10	23	76,7	3	21,4	26	59,1	
Os preceptores e tutores trabalham com os metodologias ativas							
1 a 4	-	-	2	14,3	2	4,5	
5 a 7	11	36,7	10	71,4	21	47,7	
8 a 10	19	63,3	2	14,3	21	47,7	
Processo formativo na residência (pontuação de 1 a 10, sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente)**							
Promove a formação baseada em metodologias ativas							
1 a 4	2	6,7	1	7,1	3	6,8	
5 a 7	10	33,3	8	57,1	18	40,9	
8 a 10	18	60,0	5	35,7	23	52,3	
Promove o protagonismo do residente no processo ensino-aprendizagem							
1 a 4	2	6,7	2	14,3	4	9,1	
5 a 7	4	13,3	4	28,6	8	18,2	
8 a 10	24	80,0	8	57,1	32	72,7	
Apresenta um sistema de avaliação que ajuda a autorreflexão do Residente							
1 a 4	6	20,0	2	14,3	8	18,2	
5 a 7	10	33,3	9	64,3	19	43,2	
8 a 10	14	46,7	3	21,4	17	38,6	
Permite a concepção do processo formativo vinculado ao SUS							
1 a 4	2	6,7	1	7,1	3	6,8	
5 a 7	5	16,7	5	35,7	10	22,7	
8 a 10	23	76,7	8	57,1	31	70,4	

*Categorizado de acordo com a informação principal.

** Foram atribuídas as seguintes classificações: 1 a 4 (discordo); 5 a 7 (concordo parcialmente) e 8 a 10 (concordo)

Continua							
Permite a concepção do processo de trabalho centrado no usuário/família, território, comunidade							
	1 a 4	1	3,3	2	14,3	3	6,8
	5 a 7	5	16,7	3	21,4	8	18,2
	8 a 10	24	80,0	9	64,3	33	75,0
Promove a formação baseada no diálogo entre teoria e prática							
	1 a 4	4	13,3	1	7,1	5	11,4
	5 a 7	9	30,0	7	50,0	16	36,4
	8 a 10	17	56,7	6	42,8	23	52,3
Articulação com a graduação e outros programas de residência (pontuação de 1 a 10, sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente)**							
Articulação com outras Residências em Saúde							
	1 a 4	11	36,7	3	21,4	14	31,8
	5 a 7	13	43,3	5	35,7	18	40,9
	8 a 10	6	20,0	6	42,8	12	27,3
Exerceu a preceptoría com estudantes de graduação							
	1 a 4	-	-	8	57,1	8	18,2
	5 a 7	1	3,3	3	21,4	4	9,1
	8 a 10	29	96,7	3	21,4	32	72,7
Exerceu a preceptoría com estudantes de cursos técnicos							
	1 a 4	25	83,3	13	92,8	38	86,4
	5 a 7	2	6,7	-	-	2	4,5
	8 a 10	3	10,0	1	7,1	4	9,1

*Categorizado de acordo com a informação principal.

** Foram atribuídas as seguintes classificações: 1 a 4 (discordo); 5 a 7 (concordo parcialmente) e 8 a 10 (concordo)

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Para a análise do material qualitativo obtido por meio das entrevistas semi estruturadas, foram levados em consideração os significados das mensagens explícitas no texto, ou as não aparentes, bem como leituras do diário de campo, observando sempre os objetivos do estudo. Deste modo, foram evidenciadas as Unidades de análise: Percepção de EPS; Mudança de práticas; Potencialidades e desafios no desenvolvimento da EPS.

Em seguida, categorias temáticas se destacaram emergindo totalmente do contexto das respostas: Percepção de EPS; Protagonismo do residente na EPS; Novas práticas a partir da aprendizagem significativa, e Dicotomia entre ensino e produção do cuidado. O processo descrito é demonstrado na figura 3.

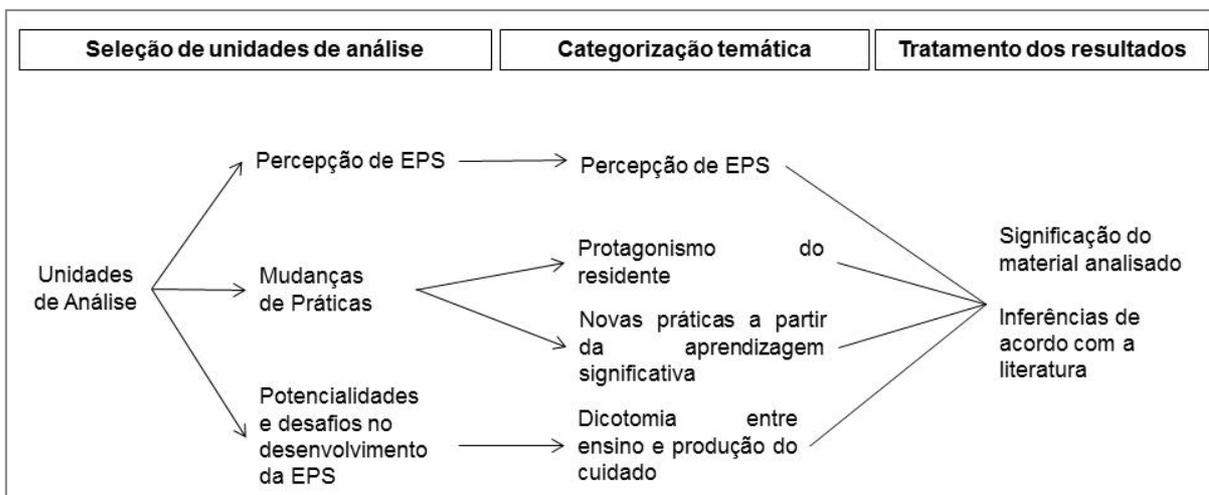


Figura 3. Árvore de codificação. João Pessoa, 2022.

As falas dos participantes evidenciaram as categorias temáticas que foram apoiadas em conceitos norteadores, como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1. Categorização temática evidenciada nas entrevistas com os R2 das RMSFC e RMFC. João Pessoa, 2022.

Categoria Temática	Unidades de Contexto (Falas das entrevistas com R2 das RMFC e RMSFC)	Conceito Norteador
Percepção de EPS	<p><i>“Eu acho que todos os atendimentos a gente conseguia ver isso [desenvolvimento da EPS]. A partir do momento que a gente [residentes e equipe da ESF] tava junto... pelas próprias conversas que a gente tinha, tanto nas consultas, quanto depois das consultas”</i> (Entrevista 06 RMFC).</p>	EPS objetiva a solução de problemas do serviço com a transformação das práticas profissionais e organização do trabalho por meio de processos educativos que problematizam a realidade local e tem ênfase em equipes multiprofissionais, melhorando assim o atendimento prestado aos usuários (DORNELES <i>et al</i> , 2020).
Protagonismo do Residente na EPS	<p><i>“Uma das residentes que era do meu ano, ela era muito boa em pré-natal, ela amava pré-natal, então ela, volta e meia, ela fazia algumas discussões, ela falava e aí a gente compartilhava isso... A questão da inserção de DIU também... Foi uma coisa que eu fui muito autodidata, quis aprender, fui atrás e depois comecei a formar outras pessoas... E cada um vai aprendendo mais de uma coisa ou outra. Isso era quase que diário”</i> (Entrevista 01 RMFC)</p>	O estudante se destaca em seu próprio aprendizado buscando construir o conhecimento a partir da pesquisa, escrita ou diálogo com seus pares e docentes (MORAES <i>et al</i> , 2022).

Novas práticas a partir da aprendizagem significativa	<p><i>“Eu aprendi muito mais sobre ser profissional de saúde, no sentido de acolher, sabe?... enxergar que, às vezes, aquela demanda não é necessariamente a que ele [usuário] consegue verbalizar, a que ele consegue dizer, mas é alguma que está por trás daquilo... E me atentou, principalmente, nos momentos em que eu fazia atendimentos multiprofissionais... eu me tornei um pouco mais experiente, no trabalhar em equipe, sabe? Do conseguir dialogar, do conseguir construir junto... essa visão de rede, de como caminhar dentro da rede, a residência me trouxe isso muito rico mesmo”</i> (Entrevista 03 RMSFC).</p>	Aprendizado individual pensado no novo desenho assistencial centrado no usuário, favorecido pelas ações educativas da EPS como trocas de conhecimentos entre os profissionais durante a problematização da realidade local (DORNELES et al, 2020); (RODRIGUES et al, 2017).
Dicotomia entre ensino e produção de cuidado	<p><i>“... eu sentia que o cuidado, ele acabava ficando muito médico-centrado... acabava que a gente meio que tinha que resolver as demandas que apareciam e aí quando a gente tentava puxar os outros profissionais para fazer esse cuidado compartilhado tinha muita resistência. As pessoas [trabalhadores da unidade], em geral, não queriam, eles entendiam como um trabalho a mais e ‘eu não estou disposto a trabalhar a mais porque não tô motivado para isso”</i> (Entrevista 01 RMFC).</p>	Desarticulação entre teoria e prática onde docentes se envolvem com atividades de pesquisa e profissionais dos serviços com a rotina de trabalho sem haver diálogo e reflexão crítica quanto a produção de cuidados em saúde centrada no usuário (ALBUQUERQUE et al, 2008).

5.3 FUSÃO DOS RESULTADOS QUAN E QUAL

Os resultados obtidos nas abordagens QUAN (variáveis importantes) e QUAL (categorias temáticas) foram reunidos em uma matriz (quadro 2) relacionando as variáveis quantitativas com as categorias temáticas a fim de verificar de que maneiras os dois conjuntos de resultados relacionam-se entre si, para criar um melhor entendimento na resposta ao propósito do estudo (CRESWELL; CLARK, 2015).

Quadro 2. Matriz demonstrativa da fusão entre variáveis quantitativas e categorias temáticas. João Pessoa, 2022.

TEMA	RESULTADOS QUAN	RESULTADOS QUAL
Percepção de EPS	90,9% (n=40) dos egressos escolheram realizar a residência para buscar melhorar os conhecimentos a partir da prática.	<i>“...hoje eu tô numa cidadezinha do interior, que hoje eu vejo o que eu aprendi o que eu consegui aprender fez total diferencial, porque era uma cidade que eu trabalhei antes da residência e eu voltei depois a residência e eu vi que meu trabalho depois da residência foi completamente diferente... assim, eu pude evoluir 10 mil graus!”</i> (Entrevista 03 RMFC).

Percepção de EPS	86,4% (n=38) dos egressos escolheram realizar a residência pela possibilidade de ter uma experiência profissional qualificada.	<i>"...hoje, eu com a idade que eu tenho, minha base profissional todinha veio da residência, eu aprendi muito, como eu falei, sobre gestão, sobre interconsulta, sobre esse universo SUS na Atenção Básica"</i> (Entrevista 04 RMSFC).
	93,2% (n=41) dos egressos afirmaram que durante a residência houve discussão com professor/ tutor/ preceptor sobre casos ou plano de cuidado ou planejamento ou situações problemas, na maioria das vezes (43,9%, n=18) em momentos de discussão de casos clínicos específicos.	<i>"... a gente discutia sobre o caso, ficava de estudar para depois ver o que poderia fazer mais, tinha algumas aulas que a gente conseguia marcar, geralmente na sexta pela manhã a gente reservava um horário para conversar, por exemplo a fono dava aula de vertigem, que pegava todas as áreas... a gente aprendia como manejar os pacientes e era nesse momento que a gente conseguia discutir e aprender".</i> (Entrevista 03 RMFC).
	75,0% (n=33) dos egressos da RMFC concordam que a formação na residência permite a concepção do trabalho centrado o usuário/família, território e comunidade, baseada no diálogo entre teoria e prática (52,3%, n=23).	<i>"O que eu vivenciei...é algo, sem dúvida, transformador... E a residência, ela traz uma experiência muito vasta... se refazer enquanto profissional... a todo momento me provocar, qual é o profissional que eu sou? ... Eu aprendi muito mais sobre ser profissional de saúde, no sentido de acolher, sabe?... enxergar que, às vezes, aquela demanda não é necessariamente a que ele consegue verbalizar, a que ele consegue dizer, mas é alguma que está por trás daquilo... eu me tornei um pouco mais experiente, no trabalhar em equipe, sabe? Do conseguir dialogar, do conseguir construir junto...essa visão de rede, de como caminhar dentro da rede, a residência me trouxe isso muito rico mesmo"</i> (Entrevista 03 RMSFC).
	46,7% (n=14) dos egressos da RMFC concordam que a residência possui um sistema de avaliação que ajuda a auto reflexão do residente. 64,3% (n=9) dos egressos da RMSFC concordam parcialmente.	<i>"Uma coisa que a gente aprendeu... na prática também, que algumas decisões elas vão funcionar, ali, no corredor, quando você tá tomando alguma decisão, do que no horário da reunião [de equipe]"</i> (Entrevista 05 RMFC).
	14,6% (n=6) dos egressos informaram que o seu compromisso sanitário com o SUS e com as comunidades favorece a prática da EPS no cotidiano das atividades atuais.	<i>"... foi um trabalho que, pessoalmente, me fez crescer muito. Porque me desloca da realidade que eu me encontro... numa realidade totalmente diferente, de sujeitos dos mais diversos possíveis... Então aprendi muito com cada história que eu escutei, com cada pessoa que eu encontrei, com os profissionais que tinham lá... os encontros que a residência me proporcionou, os cuidados... ter sua realidade transformada, de fato, me fez crescer muito, amadurecer muito. Fazer atendimento no beco da comunidade, assim, pessoas das mais diversas passando, a família em sofrimento e você ter que manejar de alguma forma ali... É, me fez crescer muito pessoalmente e profissionalmente nem se fala".</i>

		(Entrevista 06 RMSFC).
	9,8% (n=4) dos egressos informaram que o exercício do trabalho interprofissional com foco na realidade local favorece a prática da EPS no cotidiano das atividades atuais.	<i>“O período que eu mais aprendi foi no começo do meu R2 que foi o começo do R1 dos residentes da multi, que eles bolaram estratégias, fizeram matriciamento, estavam lá com planos de interconsulta e nesse momento foi muito bom porque tanto a gente aprendia como eles, como era benéfico para o paciente, resolutivo, eu acho que foi esse foi um dos momentos que eu mais consegui fazer esse aprendizado interprofissional” (Entrevista 03 RMFC).</i>
Protagonismo do Residente na EPS	38,6% (n=17) dos egressos tem interesse em atuação na APS/ ESF por afinidade com o trabalho na APS e 36,4% (n=16) pela oportunidade de exercer um cuidado integral, humanizado e continuado.	<i>“Conseguí aprender muito, consegui ter muita noção... sobre cuidado continuado, o acompanhamento do paciente; tentar coordenar o cuidado na medida do possível... então foi muito importante sim, para ter essas percepções e estas experiências na prática né! Que me ajudaram bastante na minha vida profissional e pessoal também” (Entrevista 04 RMFC).</i>
	72,7% (n=32) dos egressos concordam que existe no escopo da residência a capacidade de promover o protagonismo do residente no processo ensino-aprendizagem.	<i>“... dentro da unidade de saúde, você realmente aprende muito, mas você também tem que ir atrás, sabe? Se você fica esperando... Isso não chega, não chega pra você, tem que ter um empenho, você tem que ter interesse... Em participar, em buscar, em fazer, em realizar...” (Entrevista 04 RMSFC).</i>
Novas práticas a partir da aprendizagem significativa	59,1% (n=26) dos egressos avaliaram o programa de residência como “bom” ou “excelente”. 22,7% (n=10) acrescentaram que esta avaliação levou em consideração o alcance de uma aprendizagem significativa.	<i>“... [a residência] é muito rica, nesse sentido, de trazer essa experiência, de trazer essa formação com significado, não só ali uma formação de ideologia, né? De como funciona, das portarias, o como é para ser [na prática]. Ela traz o como é e o como a gente pode transformar [a realidade]. A todo o momento, ela incentiva o profissional a se reinventar, ela incentiva o profissional, o residente, ele é um agente transformador no ambiente que ele está...” (Entrevista 03 RMSFC).</i>
	93,2% (n=41) dos egressos consideram que a realização da residência o (a) fez um (a) profissional diferenciado (a) no seu campo de atuação.	<i>“Me ajudou muito no sentido de abordagem individual, como abordar, como se comunicar com o paciente, tanto no modo verbal como não verbal, me ajudou a ter essa visão mais ampla, a ter essa noção de como tentar cuidar das pessoas...” (Entrevista 04 RMFC).</i>
	60,0% (n=18) dos egressos da RMFC concordaram que o processo formativo na residência promove a formação baseada em metodologias ativas, 57,1% (n=8) dos egressos da RMSFC concordaram parcialmente.	<i>“A gente foi discutir situações-problemas... e a partir dessa situação problema a gente se atualiza no conteúdo... e aí foi interessante porque a gente fez essa oficina [sobre pré-natal], baseada nesse tipo de registro [nos prontuários], e trazendo essa atualização do pré-natal, né? Uma discussão em equipe, “o que que a gente vai fazer?” E aí era uma discussão integral”. (Entrevista 05 RMFC).</i>

Novas práticas a partir da aprendizagem significativa	56,7% (n=17) dos egressos da RMFC concordaram que os preceptores são qualificados para o processo de preceptoría.	<i>"... meus preceptores são exemplos de vida. Neles eu pude aprender muita coisa sobre a medicina de família, me espelhar e ...hoje eu vejo o que eu aprendi o que eu consegui aprender fez total diferencial, porque era uma cidade que eu trabalhei antes da residência e eu voltei depois à residência e eu vi que meu trabalho depois da residência foi completamente diferente... assim, eu pude evoluir 10 mil graus!"</i> (Entrevista 03 RMFC).
	28,6% (n=4) dos egressos da RMSFC referiram que os preceptores são qualificados para o processo de formação em serviço.	<i>"Eu acho que o que tá faltando é... Uma formação para os preceptores, muitas vezes, o próprio preceptor não sabe o papel do residente, e aí essa questão da preceptoría, principalmente da preceptoría de campo, porque o preceptor está ali com você todos os dias, mas, muitas vezes, ele não entende qual é o seu papel enquanto residente ali dentro daquele serviço"</i> (Entrevista 02 RMSFC).
	76,7% (n=23) dos egressos da RMFC concordaram que os tutores são qualificados para o processo de preceptoría.	<i>"Mesmo sem preceptoría a maior parte da residência, haviam reuniões semanais com tutores/professores nas quais refletimos sobre os processos de trabalho, com atenção especial ao trabalho interdisciplinar, cuidado coletivo e gestão do trabalho"</i> (Questionário RMFC).
	78,6% (n=11) dos egressos da RMSFC concordaram em parte ou discordam que os tutores são qualificados para o processo de preceptoría.	<i>"Infelizmente, na minha experiência pessoal, tive pouco apoio pedagógico, pouco apoio de formação, sabe? De espaços de discussão mesmo sobre aquilo. Teve sim algumas aulas, teve sim algumas formações, mas ainda é pouco, mas é transformador e desafiador. A residência, acho que a palavra desafio é uma das palavras muito chaves, sabe?"</i> (Entrevista 03 RMSFC).
	63,3% (n=19) dos egressos da RMFC concordaram que preceptores e tutores trabalhavam com metodologias ativas. 71,4% (n=10) dos egressos da RMSFC concordaram parcialmente.	<i>"... o meu preceptor ele tentou de todas as formas dar algumas ferramentas pra gente, sabe? De abordagem dentro do consultório mesmo, pra gente fazer nossa consulta mais resolutiva... Eu melhorei muito, porque por mim eu fico com uma pessoa uma hora, é horrível! E aí eu fui melhorando essa minha habilidade de tempo para tornar a consulta mais resolutiva..."</i> (Entrevista 05 RMFC).
Dicotomia entre ensino e produção de cuidados	29,5% (n=13) dos egressos avaliaram a residência como regular. 13,6% (n=6) dos egressos levaram em consideração para esta avaliação, a presença de preceptores pouco qualificados; suporte teórico do programa pouco estruturado e pouco diálogo entre gestão e instituição de ensino.	<i>"a residência é um campo que tem um potencial enorme de melhorar, mas aí pelo menos eu como residente me vi muito desprotegida... os preceptores não, eles me protegiam muito, mas assim pela própria gestão e pela própria residência eu me sentia muito desprotegida para ter esses espaços de aprendizado, é uma crítica que guardo da residência".</i> (Entrevista 03 RMFC). <i>"Falta valorização dos residentes pela coordenação, falta espaço para os residentes dentro dos programas do município. O diálogo entre gestão municipal + coordenação + residentes é frágil"</i> (Questionário RMSFC).

	<p>14,3% (n=4) dos egressos da RMFC (que estão trabalhando atualmente e responderam à questão aberta) informaram que o exercício do modelo médico centrado desfavorece a prática da EPS no cotidiano das atividades atuais.</p>	<p><i>"Então eu sentia que o cuidado, ele acabava ficando muito médico-centrado, né? Acabava que a gente meio que tinha que resolver as demandas que apareciam e aí quando a gente tentava puxar os outros profissionais para fazer esse cuidado compartilhado tinha muita resistência. As pessoas [trabalhadores da unidade], em geral, não queriam, eles entendiam como um trabalho a mais..."</i> (Entrevista 01 RMFC).</p>
	<p>23,1% (n=3) dos egressos da RMSFC (que estão trabalhando atualmente e responderam à questão aberta) informaram que as poucas oportunidades de discussão desfavorecem a prática da EPS no cotidiano das atividades atuais.</p>	<p><i>"... junto com esse aumento dessa demanda [assistencial], os preceptores acabam tendo que cobrir essas outras áreas, sabe?! E aí a gente acaba perdendo nesse sentido, não tem muito espaço de discussão, não tem muitas vezes tempo para poder discutir os casos dos pacientes e ser enriquecedor. Fica praticamente a gente como residente atendendo a demanda né"</i> (Entrevista 06 RMFC).</p>

6 DISCUSSÃO

6.1 PERCEPÇÃO DE EPS

Ao longo do estudo pôde-se observar que a compreensão a respeito da EPS entre os R2 e egressos das RMSFC e RMFC permeia aspectos tanto do próprio conceito estrutural da EPS bem como de uma visão sintetizada à educação continuada.

Na visão conceitual da EPS, os participantes levantaram aspectos de aprendizado com a prática realizada na rotina do dia a dia, transformação da realidade com oportunidades de discussão a respeito do processo de trabalho, melhorias na qualidade da assistência prestada, como consequência do trabalho em equipe.

"...para mim a educação permanente é fundamental... No campo de prática também... como se... a gente tivesse o tempo todo de olho na nossa qualidade. Qualidade do processo de trabalho, qualidade do serviço, segurança do usuário... E essa questão de educação continuada fizesse parte do nosso trabalho!" (Entrevista 02 RMFC).

A educação continuada é conceituada por Dorneles *et al* (2020) como uma estratégia centrada nas categorias profissionais com foco na atualização dos conhecimentos para aperfeiçoar as técnicas e habilidades e acompanhar as mudanças na atuação profissional. Esta visão foi observada em algumas falas quando se referiam a EPS.

"Tem muita coisa assim que o pessoal [equipe de saúde] não quer se atualizar e acha que não é importante. Só que a gente sabe que é necessário. Então eu vejo a educação permanente como algo necessário e que deveria ser feito sempre" (Entrevista 01 RMSFC).

"Eu acho que deveria [SMS e/ou Programa de residência] pesquisar, fazer um estudo de onde existe a maior fragilidade para temáticas de educação permanente... para saber quais temáticas deveriam vir [para a equipe de saúde] para se trabalhar" (Entrevista 01 RMSFC).

Segundo Oliveira *et al* (2022), o conceito de EPS é polissêmico, engloba diversos modos de produção, por vezes voltado para formação ou para gestão do cuidado, por vezes utilizado para a problematização da prática ou como processo formativo. A EPS tem sido fortemente caracterizada como educação continuada,

restringindo-se ao saber técnico-científico, sendo pouco privilegiada pela proposta mais ampla de reflexão e interrogação a respeito do processo de trabalho.

As atividades da EPS são influenciadas pela gestão local, disputas e tensões da micropolítica do trabalho em saúde, distorcendo a EPS com oferta de capacitações insuficientes, sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional. Contudo, dentre as atividades encontradas no dia a dia dos serviços nas ESFs observa-se a presença de seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, cursos presenciais, telessaúde, trocas de experiência, tutoria/preceptorial e a unidade de saúde como espaço de formação, revelando características da concepção de EPS (OLIVEIRA *et al*, 2022).

Peduzzi *et al* (2009) lembram que a EPS e a educação continuada distinguem quanto a concepção, pressupostos pedagógicos, público alvo, estratégias de ensino, local de realização da atividade, origem da demanda e finalidade. Atividades que emergem do campo ou que adotam estratégias participativas expressam o sentido da EPS de reflexão e aprendizado com prática executada no trabalho. Já a educação continuada é pautada em áreas específicas em detrimento de ações educativas em grupo, com origem externa da demanda e realização de tarefas fora do local de trabalho.

Ambas são importantes e complementares, considerando que a EPS traz à tona o protagonismo dos atores na ação-reflexão-ação com a finalidade de mudança de práticas e a educação continuada contribui a EPS com atualização uniprofissional e práticas transmissivas. Entretanto, enfatiza-se a necessidade de ampliação do debate sobre a EPS de modo a permitir avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores (PEDUZZI *et al*, 2009).

Os fatores que facilitam para que ações de EPS ocorram no cotidiano das equipes permeiam a integração da equipe, motivação, planejamento, valorização do trabalhador, garantia de tempo protegido, valorização da EPS pelo gestor. Dentre as barreiras encontradas para a concretização da EPS no cotidiano se encontram: a indisponibilidade de tempo, a supervalorização de metas, burocracia, escassez de recursos tecnológicos, sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes e espaço físico inadequado (OLIVEIRA *et al*, 2022).

Observa-se na APS a existência de algumas ações verticalizadas sem um plano e sem profissionais dedicados à execução da EPS, ou mesmo não entendimento a respeito da PNEPS pelos profissionais de saúde e gestores. Em

consequência, a EPS finda vinculada a momentos que não são sistemáticos, não contínuos, desarticulados do processo de trabalho aproximando-se da educação continuada, fragmentando o trabalho. Este desconhecimento vem da falta de apropriação por gestores e trabalhadores, do sentido da PNEPS, perpetuando a desinformação e práticas que não se apoiam em diálogo, reflexão e atitudes proativas (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022).

Os autores supracitados enfatizam que é necessário problematizar a confusão conceitual entre EPS e Educação continuada como um campo de disputa de nomeação de ações desta como daquela, visto que cursos e capacitações desenvolvidos de forma fragmentada não oportunizam transformações nas práticas de saúde. A EPS propicia uma formação crítica, reflexiva, proativa com prática colaborativa e com desenvolvimento de competências para o trabalho no SUS nos mais diversos cenários de atuação.

Foi possível verificar nos discursos que no cotidiano das atividades na APS, a importância de desenvolvimento da EPS vai além da transformação das práticas centradas no usuário e no processo de trabalho, trazendo também oportunidades de praticar novas dinâmicas, revigorar a mente dos profissionais de saúde.

"Eu vejo, quando eu estava saindo [concluindo a residência], eu já via profissionais extremamente desgastados, extremamente cansados... E esses momentos de educação... É um momento de respirar também, é um momento de você sair dessa posição ativa... Não que você vá ser um ser passivo na educação permanente, mas você sair desse trabalho entre aspas "braçal" e você ir para um trabalho mais intelectual. De você refletir, de você trazer um pensamento mais crítico, que ajude a você ter um trabalho assistencial melhor. Eu acho que faria toda diferença, se tivesse momentos determinados para educação permanente."(Entrevista 06 RMSFC).

O desenvolvimento da EPS na APS é importante no sentido que abre espaços para construção coletiva e de garantia de princípios básicos do SUS com envolvimento para concretização de cuidados em saúde resolutivos. Articula ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento com desenvolvimento de um trabalho vivo e criativo, embasado no conhecimento prévio e sistematizados do cotidiano (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022).

De acordo com Paraizo-Horvath *et al* (2022), alguns entraves encontrados para o desenvolvimento da EPS estão voltados para a dificuldade no monitoramento e na avaliação das estratégias com clarificação conceitual estruturante, pois a

utilização de conceitos da EPS ainda é um desafio onde se predomina a atualização de procedimentos técnicos reproduzindo o conceito de educação continuada tradicional. Portanto, apreender o conceito de EPS, possibilitará aprimoramento no processo de cuidar dos profissionais de saúde, enfatizando a promoção e prevenção e não o cuidado curativo.

São desafios para a prática da EPS a apreensão dos conceitos sobre EPS e a valorização do processamento do problema, como disparador à reflexão. Desenvolver a EPS demanda conhecimento dos facilitadores no sentido do desenvolvimento cognitivo, novas habilidades e atitudes, não apenas com olhar para o ato de cuidar em saúde, mas no trabalhar em equipe, responsabilizar-se pela prática e comprometer-se com os pares e usuários (FAKHOURI; FRANCISCHETTI; VIEIRA, 2022).

Segundo Higashijima, Ferla e Santos (2022, p.50), “A PNEPS ainda é um desafio com poucos avanços e grandes oscilações de orientação desde a sua criação”. O desenvolvimento da EPS tem sido desordenado, com déficits de orientações federais e estudos desenvolvidos a respeito. Contudo, a partir do seu real desenvolvimento, novas formas de pensar e agir, bem como novos modos de produção de saúde são possíveis de alcançar, o que realça sua importância e necessidade de implementação.

Ao fundir os resultados QUAN e QUAL na temática Percepção de EPS, pôde-se constatar convergência dos resultados. Os R2 e egressos participantes do estudo evidenciaram a importância do desenvolvimento da EPS na APS quando decidiram ingressar na residência buscando melhorar os conhecimentos a partir da prática e obter uma experiência profissional qualificada. Um exemplo deste exercício se dá nas oportunidades de discussão de casos clínicos com os preceptores/ professores/ tutores onde os conhecimentos adquiridos na teoria se entrelaçavam com as demandas de saúde da população assistida.

Processos de EPS são verificados na APS em diversos momentos de construção coletiva como, por exemplo, nas interconsultas realizadas, nas visitas domiciliares, em reuniões de equipe com discussão sobre o processo de trabalho, no diálogo informal entre profissionais sobre situações de saúde específicas de usuários. Portanto, a EPS está presente no cotidiano das equipes de saúde, no entanto se apresenta muitas vezes de forma tímida, sem conduta estruturada e sem avaliação.

Para que sejam identificados os efeitos das ações desenvolvidas, devem-se prever mecanismos de avaliação dos processos de educação permanente em saúde, bem como mecanismos de monitoramento que possibilitem ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

6.2 PROTAGONISMO DO RESIDENTE NA EPS

A categoria temática “Protagonismo do residente na EPS”, é orientada pelo conceito de protagonismo de Moraes *et al* (2022), que define situações em que o estudante venha a se destacar em seu próprio aprendizado buscando construir o conhecimento a partir da pesquisa, escrita ou diálogo com seus pares e docente, e é evidenciada na fala:

“...dentro da unidade de saúde, você realmente aprende muito, mas você também tem que ir atrás, sabe? Se você fica esperando... Isso não chega, não chega pra você, tem que ter um empenho, você tem que ter interesse... Em participar, em buscar, em fazer, em realizar...” (Entrevista 04 RMSFC).

Houve convergência dos resultados durante a fusão QUAN + QUAL nesta temática quando se verificou que R2 e egressos participantes do estudo observaram que a metodologia ativa abordada na residência tem o intuito de que o processo ensino aprendizagem ocorra a partir das necessidades de conhecimento dos residentes, evidenciando ser indispensável que o residente seja protagonista da produção do seu conhecimento.

Este aprendizado deve partir da realidade local vivenciada, onde o próprio residente se depara com demandas reais e por meio da proatividade busca novos conhecimentos para agir em conjunto com os pares. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a autonomia precisa estar atrelada a responder interesses coletivos e elaboração de novos saberes e práticas.

“E a gente discutia sobre o caso, ficava de estudar para depois ver o que poderia fazer mais, tinha algumas aulas que a gente conseguia marcar, geralmente na sexta pela manhã a gente reservava um horário para conversar, por exemplo a fono dava aula de vertigem, que pegava todas as áreas... a gente aprendia como manejar os pacientes e era nesse momento que a gente conseguia discutir e aprender” (Entrevista 03 RMFC).

“Às vezes eu converso com alguns colegas especialistas de áreas específicas, dermatologia e psiquiatria, enfim... para tirar algumas dúvidas sobre o caso, para ver a perspectiva daquele profissional diante do que eu posso fazer com o paciente... também para algumas queixas, a gente usa fluxogramas também, para avaliação, para chegar em uma hipótese diagnóstica mais pertinente...ou então tentar pesquisar, chamar o paciente de volta... então essa dinâmica eu aprendi também na residência”
(Entrevista 04 RMFC).

A metodologia ativa abordada na residência tem como característica o papel protagonista do estudante com envolvimento direto no desenvolvimento da sua capacidade crítica. Traz como benefícios o rompimento do modelo tradicional; desenvolvimento da autonomia; exercício do trabalho em equipe; oportuniza a interação entre a teoria e prática, bem como o desenvolvimento da visão crítica da realidade (OLIVEIRA JÚNIOR, 2022).

De acordo com Figueiredo (2021), as tentativas de buscar soluções mais adequadas ao contexto socioeconômico da comunidade permeiam o desenvolvimento da EPS no ambiente da APS. A realidade local deve ser levada em consideração pela equipe de saúde para melhorar a qualidade de vida da população.

A aprendizagem de adultos baseada em problemas da realidade vivida, onde preceptor e residente, através de suas experiências produzem possibilidades de resolução dos problemas trazem oportunidades positivas para este processo. O preceptor, neste sentido, auxilia o residente a obter uma experiência significativa observando suas limitações quanto à idade, equilíbrio emocional, aptidão mental e experiências, e o aprendiz, diante de um cenário permissivo, de apoio, aceitação, livre e espontâneo, terá liberdade de analisar esta experiência, errar, explorar alternativas de solução dos problemas bem como participar de decisões do seu ambiente de prática profissional (LOPES *et al*, 2009).

De acordo com Lopes *et al* (2009), a aprendizagem centrada no residente permite um aumento da sua motivação, bem como oportuniza ao preceptor utilizar estratégias mais ativas de discussões, debates, pesquisas e colaboração em projetos. Portanto, o ensino na residência precisa estimular o residente a adotar uma postura ativa, criando oportunidades de adquirir conhecimentos, buscando desenvolver sua capacidade de análise. Este ensino prepara os residentes para enfrentar a diversidade e complexidade encontrada na realidade da APS, auxiliando no seu amadurecimento e deve ser permanentemente avaliado pelo preceptor a fim de fortalecer suas potencialidades.

Segundo Costa *et al* (2018, p.3), o desenvolvimento de competências para o saber fazer na prática do cotidiano é oportunizada através da busca ativa pelo conhecimento, pela interação entre os profissionais e com a comunidade, potencializando o desenvolvimento individual como “centro das atividades de aprendizado”.

A comunicação entre usuário, famílias e comunidades com os profissionais de saúde é auxiliada com a abordagem centrada na pessoa e conseqüentemente possibilita a produção do cuidado através do aprendizado interprofissional baseado na formação em serviço (MOREIRA *et al*, 2022).

Para que processos de EPS tornem-se uma realidade, suas atividades devem ser entendidas como estratégia de aprendizagem no trabalho e ferramenta motivacional para os trabalhadores de saúde. Sendo executada de forma descentralizada, transdisciplinar e crescente no enfrentamento das situações de saúde com práticas humanizadas, críticas, éticas e interprofissionais (SILVERIO DE MORAES; HIGA; ALVES DE MORAES, 2022).

Além do aprendizado individual e em grupo, existe a possibilidade de compartilhá-lo com outros profissionais e estudantes a fim de disseminar experiências exitosas em prol da qualidade de vida dos usuários.

"eu comecei, logo no meu primeiro ano de residência, era uma coisa que já tinha interesse em prescrever cannabis medicinal, então eu lembro de ter estudado muito, ter começado a prescrever, e, ter feito assim, quase 50 pacientes da minha equipe já usavam e aí eu comecei a formar os outros médicos daquela própria unidade, então eu cheguei a fazer umas duas, três aulas teóricas mesmo e aí a gente sempre discutia isso na prática"
(Entrevista 01 RMFC).

"A gente fez uma capacitação com profissionais da rede sobre a avaliação e tratamento de pés diabéticos para eles poderem identificar, porque não se fazia essa avaliação das lesões...a gente começou a fazer essa educação [capacitação] com os profissionais para que eles colocassem em prática no dia a dia deles" (Entrevista 01 RMSFC).

Toda esta dinâmica deve ser atrelada a um vínculo com a comunidade, onde exista uma relação de confiança e responsabilidade com a situação vivenciada por ambos para que o progresso do acompanhamento em saúde aconteça.

"A pessoa [usuário] vem com uma coisa [patologia] que eu não sei manejar... eu falava com a pessoa 'olha... Eu acredito que não é uma coisa importante para você se preocupar no momento, mas eu vou discutir esse caso aqui com fulano hematologista e aí até surgir sua consulta a gente vai trocar uma"

ideia com essa pessoa e eu te falo na próxima consulta’ ” (Entrevista 02 RMFC).

No entanto, a participação popular nos diversos espaços de produção de saúde não é evidente, sendo observada falta de envolvimento dos conselhos de saúde nas práticas de EPS (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022). Neste sentido, as tecnologias de abordagem ao indivíduo, família e comunidade (acolhimento, visitas domiciliares, consultas e trabalhos em grupos) precisam ser utilizadas para fins de estabelecimento de vínculo, responsabilizando-se com os problemas de saúde do usuário, individualmente e coletivamente. A EPS permite a ampliação do olhar profissional para transformação das relações interpessoais e percepção da realidade ao seu redor (FIGUEIREDO, 2021).

Lima e Carvalho (2021) revelam que no município de João Pessoa-PB, segundo os R2, a abordagem familiar está inserida no cotidiano da RMFC de forma ainda tímida, com certa insegurança, mesmo considerando ser uma importante ferramenta de trabalho, ajudando no entendimento do contexto familiar.

Dentre os fatores dificultadores apontados para sua aplicabilidade são: pouca leitura a respeito do tema; baixo interesse; insegurança; ausência de apoio de um tutor e da equipe NASF, pouco tempo com a preceptoria; falta de tempo para discussão de casos devido à pressão assistencial; sobrecarga de trabalho devido a equipe estar incompleta; não correlação entre teoria e prática nas aulas teóricas, limitando sua aplicabilidade (LIMA; CARVALHO, 2021).

Deste modo, o treinamento em serviço a respeito da abordagem familiar necessita ser repensado em nível de residência tanto na metodologia de ensino e aprendizagem teórica quanto na prática, como exemplo o treinamento com simulações e participação de tutores e preceptores (LIMA; CARVALHO, 2021).

6.3 NOVAS PRÁTICAS A PARTIR DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

A aprendizagem significativa, que surge a partir das práticas implementadas no dia a dia na APS, ressalta a importância de todos os diálogos e discussões que ocorrem nos serviços de saúde. A dúvida de um profissional pode gerar uma inquietação em outro profissional e assim por diante, gerando um conhecimento em cadeia. Dessa forma, as oportunidades de aprendizado acontecem a todo o momento diante das diversas situações encontradas nas atividades da APS.

"Uma coisa que a gente aprendeu... na prática também, que algumas decisões elas vão funcionar, ali, no corredor, quando você tá tomando alguma decisão, do que no horário da reunião [de equipe]" (Entrevista 05 RMFC).

"O Campo define muito como vc vai ser... cresci muito" (Entrevista 01 RMSFC).

"A gente foi discutir situações-problemas... e a partir dessa situação problema a gente se atualiza no conteúdo... e aí foi interessante porque a gente fez essa oficina [sobre pré-natal], baseada nesse tipo de registro [nos prontuários], e trazendo essa atualização do pré-natal, né? Uma discussão em equipe, "o quê que a gente vai fazer?" E aí era uma discussão integral" (Entrevista 05 RMFC).

A aprendizagem significativa revela uma interação individual dos conhecimentos já existentes com os novos conhecimentos que lhes são apresentados, tendo como consequência mudanças na condição cognitiva (SILVERIO DE MORAES; HIGA; ALVES DE MORAES, 2022).

Os modos informais e não formais de aprender são estratégias recentes de desenvolvimento da educação, "que valorizam a aprendizagem realizada pelas pessoas ao longo da vida". Mundialmente, o tema educação de adultos vem sendo debatido no contexto da educação permanente passando de educação à aprendizagem (ANIBAL, 2013, p.03).

Segundo Anibal (2013, p.09), valorizar "competências anteriormente adquiridas através de processos não formais e informais de aprendizagem" é emancipatório, humanista e inclusivo, pois se trata de reconhecer espaços, contextos e tempos de aprendizagem que antes não eram reconhecidos como produção do saber. Este reconhecimento de competências está inserido na atual concepção da educação de adultos, sendo discutido mundialmente a partir da década de 1990 a respeito da "diversificação de soluções e adequação das respostas de educação e formação de adultos de cada país à sua realidade específica".

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) em 2012, publicou o Guidelines for the Recognition, Validation and Accreditation of the Outcomes of Non-Formal and Informal Learning enfatizando o desenvolvimento de estruturas e mecanismos para reconhecimento de todas as formas de aprendizagem adequando-os a cada contexto nacional específico. Daí por diante, diversos países lançaram iniciativas para validação de competências

adquiridas através de processos não formais e informais de aprendizagem, hoje sendo prioridade atual das políticas educativas europeias (ANIBAL, 2013).

Crisanto (2020) acrescenta que a educação baseada em competências traz possibilidades de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes que o aprendiz carrega articulando com comportamentos observáveis da prática profissional adequada. A formação em serviço caracterizada nos programas de residência oportuniza o desenvolvimento de competências a partir de uma aprendizagem significativa do adulto tendo como foco as demandas de saúde das comunidades e do SUS.

Dentre os fatores que influenciam no desenvolvimento de competências do trabalho na residência identifica-se a presença e qualidade da preceptoria evidenciando a importância da preceptoria ser centrada no residente onde o preceptor possui papel de auxiliar no aprendizando identificando pontos a serem reforçados ou corrigidos, instrumentando os residentes na resolução de problemas da prática profissional (CRISANTO, 2020).

A transformação da realidade está inserida na formação em saúde, desde que o profissional esteja engajado em contribuir com o processo de trabalho e desenvolver sua prática em saúde, ressignificando-a rotineiramente a partir das situações encontradas.

"...[a residência] é muito rica, nesse sentido, de trazer essa experiência, de trazer essa formação com significado, não só ali uma formação de ideologia... de como funciona, das portarias, o como é para ser [na prática]. Ela traz o como é e o como a gente pode transformar [a realidade]... a todo momento, ela incentiva o profissional a se reinventar, ela incentiva o profissional, o residente, ele é um agente transformador no ambiente que ele está..." (Entrevista 03 RMSFC).

"...nesses momentos é que eu via "eu preciso tá aqui porque eu sou o porto seguro desse usuário"... Ele vai pra rede, mas ele volta pra mim e ele acredita em mim. Então, assim, eles chegavam e falavam: "eu faço esse exame mesmo? Eu tomo essa medicação?". Então é muito bonito você vê isso, que você tá fazendo o que você acredita da atenção básica, que você é a coordenadora do cuidado... Eu ficava muito satisfeita...O que mais me impactou na residência? É que a gente tem que unir as duas coisas... abordagem familiar... e aspectos importantes da técnica... para fazer bons diagnósticos..." (Entrevista 05 RMFC).

"...saber como usar o método clínico centrado na pessoa para... ver queixas ocultas porque quando a gente está lá no PSF, na atenção primária, quando a gente consegue ter longitudinalidade a gente começa a perceber que por trás de uma infecção urinária tem um pedido de socorro, por trás de

uma dor nas costas, tem uma sobrecarga no trabalho acho que se você conseguir ver essas as demandas ocultas também é muito importante”
(Entrevista 03 RMFC).

Quando é desenvolvida uma atenção centrada no usuário, as atividades passam a ter o sentido de produção do cuidado e tende a se ter uma maior adesão do usuário/ comunidade, podendo-se obter assim maiores êxitos. De acordo com Fernandes *et al* (2021), o envolvimento de pacientes, famílias, cuidadores e comunidades na produção dos serviços de saúde contribui para atingir o objetivo da qualidade na assistência.

“Também é muito importante de tentar entender o contexto familiar, tentar entender o contexto social que aquela doença é para ele, pra um paciente é alguma coisa e para outro já é outra perspectiva, então também tentar entender isso, tentar entender que muitas vezes a pessoa não pode comprar o medicamento que você quer passar, então abordar isso também é importante... então são questões que assim... para algumas pessoas parecem ser detalhes... são detalhes mas são detalhes importantes e que nem sempre conseguem ser abordados nos cenários” (Entrevista 04 RMFC).

“...uma coisa que eu aprendi foi essa questão da escuta [qualificada ao usuário], que as aulas deram muito apoio, as aulas teóricas... E como trabalhar a questão do vínculo... que a gente construiu e tal...” (Entrevista 02 RMFC).

A residência em saúde cumpre seu papel quando um profissional de saúde consegue desenvolver sua prática, se transformar e poder auxiliar na transformação aos outros profissionais; inquietar-se e ir em busca de mudanças da realidade indesejada; trabalhar de forma holística em conjunto aos demais atores.

Visto o potencial da EPS em “promover aprendizado, novas formas de ser, fazer e estar com o outro”, a institucionalização de espaços para acompanhamento, suporte e avaliação são essenciais para sua manutenção e exercício (FAKHOURI; FRANCISCHETTI; VIEIRA, 2022, p.482).

“Me ajudou muito no sentido de abordagem individual, como abordar, como se comunicar com o paciente, tanto no modo verbal como não verbal, me ajudou a ter essa visão mais ampla, a ter essa noção de como tentar cuidar das pessoas...” (Entrevista 04 RMFC).

“Tem alguns casos que eu não sabia lidar, procedimentos que eu não sabia fazer e aí eu demandava para os especialistas né e depois da residência eu resolvo muita coisa, às vezes o pessoal fica até surpreso tipo pequenos procedimentos ou coisas que o pessoal vem pedindo encaminhamento consigo resolver sem mandar... É eu fiquei mais resolutiva!” (Entrevista 03 RMFC).

Os resultados QUAN e QUAL, fundidos na temática em questão, evidenciaram convergência ao observar que com a realização da residência, R2 e egressos relataram que houve transformação da prática do profissional no campo de atuação da APS. Contudo, os egressos das RMFC e RMSFC discordam quanto à qualificação de preceptores e tutores dos programas para o processo de preceptoria. A maior parte dos egressos da RMFC enfatiza que tais profissionais são qualificados para o processo de preceptoria, já os egressos da RMSFC concordam parcialmente ou discordam quanto a esta qualificação.

Pôde-se verificar que esta observação dos egressos da RMSFC se dá principalmente ao fato da existência de poucos momentos compartilhados entre residentes e tutores/ preceptores, bem como devido ao fato de alguns preceptores da RMSFC não compreenderem o intuito da inserção da residência na APS, segundo relatos dos participantes do estudo.

“Infelizmente, na minha experiência pessoal, tive pouco apoio pedagógico, pouco apoio de formação, sabe? De espaços de discussão mesmo sobre aquilo. Teve sim algumas aulas, teve sim algumas formações, mas ainda é pouco, mas é transformador e desafiador. A residência, acho que a palavra desafio é uma das palavras muito chaves, sabe?” (Entrevista 03 RMSFC).

“Porque a gente tá dentro de um processo formativo, mas a gente acaba virando o profissional do serviço, porque a pessoa que deveria estar fazendo essa formação [preceptor de campo], não compreende o papel do residente” (Entrevista 02 RMSFC).

No estudo de Crisanto (2020) sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento de competências da RMFC na perspectiva dos egressos na RMFC do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), foi evidenciado que o trabalho de preceptoria é caracterizado de maneiras distintas a depender do cenário e do vínculo desta figura docente, com boa parte atuando de forma voluntária, sem algum tipo de incentivo. A existência de espaços teóricos práticos e avaliativos sistemáticos são momentos importantes de trocas entre residentes e preceptores criando a possibilidade do desenvolvimento de competências.

Dificuldades do programa como a disponibilidade de preceptoria pode trazer risco para a formação do residente como a ausência de um retorno oportuno para o residente (CRISANTO, 2020).

Moreira *et al* (2022) desenvolveram um estudo sobre as percepções dos preceptores acerca do processo ensino-aprendizagem e evidenciou a necessidade

de qualificar os preceptores com novas abordagens para o desenvolvimento deste processo, bem como para o trabalho em equipe e colaborativo. A falta de formação específica para preceptores reforçam práticas uniprofissionais e dificulta a implementação de práticas colaborativas com estímulo ao aprendizado flexível e tomadas de decisão de acordo com as necessidades da comunidade. A EPS é um importante dispositivo para ser utilizado no planejamento pedagógico, comunicação eficaz, relacionamento interprofissional e habilidades pedagógicas.

6.4 DICOTOMIA ENTRE ENSINO E PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Segundo a avaliação da residência cursada pelos R2 e egressos, os resultados QUAN e QUAL convergem em duas questões: primeiro, que o modelo médico centrado ainda perdura nos serviços de saúde da APS. Segundo, que existe uma fragilidade de interação entre a gestão e a instituição de ensino, ambos comprometendo o exercício da residência com ênfase no desenvolvimento da EPS.

"Nós somos residentes, mas também somos trabalhadores e aí a gente, às vezes, a questão da formação do residente, ela fica em segundo plano para que haja um trabalho [atendimentos individuais]... pra que haja um trabalhador ali... E não necessariamente você esteja dialogando suas condutas, dialogando protocolos, dialogando uma linha de cuidado dentro da unidade ou dialogando um caso que necessita de mais atenção..."
(Entrevista 02 RMFC).

Para Lima e Carvalho (2021, p.11), o planejamento e organização do processo de trabalho são incontestáveis como estratégia para minimizar a pressão assistencial. "Para acolher as demandas da comunidade, não basta distribuir senhas e encaminhar todas as pessoas ao atendimento médico". É preciso que as demandas sejam ouvidas com abertura para entendimento das necessidades da comunidade, bem como é necessária flexibilização das agendas; evitar desfalques nas equipes de saúde; rever número de famílias adscritas na USF. São considerações que devem ser observadas além da residência, de maneira contínua, com envolvimento da gestão municipal, profissionais e usuários.

Os autores supracitados ainda afirmam que "atuar em saúde, tendo como objeto do cuidado a família, é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença" (p.11). O atendimento individualizado separa o usuário do seu

contexto, seus valores socioculturais, suas relações com a família, fragmentando o indivíduo.

De acordo com Fernandes *et al* (2021), o modelo hegemônico é colocado em cheque quando as práticas em saúde são organizadas para um cuidado integral, baseado em práticas colaborativas e satisfação tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde.

Fatores não associados a patologias são frequentemente abordados e o profissional de saúde precisa estar preparado para este manejo, com olhar amplo para verificar possíveis respostas aos sintomas trazidos pelos usuários implícitos em interações familiares. A equipe de saúde deve buscar conhecer os membros das famílias e seus problemas de saúde, bem como o contexto social onde aquela família está inserida. Para isto, as ferramentas de abordagem familiar se encaixam para um êxito terapêutico.

Neste sentido, a concepção formativa precisa estar integrada entre ensino, pesquisa e serviço, de modo a contribuir continuamente com o aperfeiçoamento da formação acadêmica (PARAIZO-HORVATH *et al*, 2022). Visto a fragilidade na conceitualização da EPS, evidenciam-se dificuldades na problematização das organizações em saúde, ensino e formação. Por conseguinte, abre-se espaço para o modelo hegemônico curativista, médico centrado, não considerando as necessidades das pessoas (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022).

Esta prática por vezes conduz os profissionais de saúde ao adoecimento mental por não se sentir confortável com a dicotomia entre a oportunidade de aprendizado e a pressão assistencial existente, mesmo que esta também seja um ensejo para transformação do processo de trabalho, porém são encontradas barreiras entre os próprios profissionais de saúde que ainda carregam consigo a prática medicalocêntrica.

"...eu tinha que fazer a escuta [qualificada ao usuário], pegar os prontuários, fazer os atendimentos, acolher quem chegava... ao longo dos turnos... a gente sempre tinha desfalcada [de profissionais] a equipe, porque as demandas eram muitas e alguns profissionais que a gente poderia contar, eles não se disponibilizavam" (Entrevista 02 RMFC).

"A minha experiência com a residência ela não foi uma experiência muito de aprendizado, ela foi uma experiência de trabalho intenso e pouco questionado, assim... A gente acabava não se questionando muito sobre o próprio trabalho que a gente fazia, era uma pressão assistencial muito forte

e a gente, assim, até tinha preceptoría, tinha com quem discutir, mas não conseguia discutir na prática, porque a gente tinha muita gente para atender... a gente acabava sendo um cuidado muito médico-centrado"
(Entrevista 01 RMFC).

"...eu acabei, assim, precisando me afastar uns dez dias, eu não tava bem, só vivia chorando, não tava me vendo capaz de terminar a residência, de lidar com a atenção básica porque a gente não tinha paz para nem atender uma pessoa, porque toda hora a gente era interrompido, não tinha proteção [pela SMS e Programa de Residência] nenhuma..." (Entrevista 02 RMFC).

Sofrimentos psíquicos vivenciados pelos trabalhadores repercutem desfavoravelmente nas relações de trabalho e no desenvolvimento da EPS, sendo necessário espaços coletivos que oportunizem as trocas de experiências, beneficiando a inclusão da EPS no cotidiano do trabalho e produção do cuidado (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022).

De acordo com Paraizo-Horvath *et al* (2022), a implementação da EPS proporciona valorização e satisfação do profissional de saúde e como resultado, prestação de cuidados à saúde do usuário com mais qualidade.

Intervenções de capacitações profissionais com oportunidades de compartilhamento de conhecimentos como, por exemplo: rodas de educação permanente, treinamentos sistematizados periodicamente (teleducação e teleconsultorias), programas de seminários multiprofissionais por web conferência, gamificação (estratégias de jogos) com simulações baseadas na prática profissional podem favorecer mudanças efetivas na prática profissional quando são aplicadas com base na experiência, conforme recomenda a PNEPS, criando condições propícias para reflexões sobre o trabalho e implementação de novas ferramentas na APS (PARAIZO-HORVATH *et al*, 2022).

No entanto, Kuabara *et al* (2014, p.199) enfatiza que na realidade, “docentes se distanciam das situações de prática e intensificam a teoria, enquanto os profissionais do serviço, pelo excesso de atividades práticas, deixam em segundo plano a atualização científica”.

Portanto, para que sejam pautados momentos de conciliação das atividades assistenciais e educativas, faz-se necessário um trabalho mais integrado e colaborativo entre academia e serviço na perspectiva de transformação dos processos formativos (MOREIRA *et al*, 2022). Desta forma, pode-se otimizar a interação entre o saber e o fazer se entrelaçando em uma reflexão crítica (KUABARA *et al*, 2014).

A EPS pensada durante a integração ensino-serviço pode resultar em transformações de práticas na APS, tendo o estudante uma formação crítica, reflexiva em um trabalho pautado na atenção integral ao usuário, família e comunidade (MOREIRA *et al*, 2022).

Para tal, é preciso que haja participação da equipe de saúde no planejamento e avaliação das propostas para inserção do ensino na APS. Isto pode oportunizar a integração entre o ensino e o serviço, fortalecendo o papel do SUS como formador em saúde e propiciando momentos de reflexão das práticas profissionais (VASCONCELOS *et al*, 2016).

A produção de um cuidado de qualidade é possível quando os diversos atores envolvidos (gestão, profissionais das equipes, professores, alunos, comunidades) estão abertos ao diálogo fazendo com que existam espaços de discussão entre os mesmos sobre o cotidiano dos serviços. A EPS acontece para todos os participantes quando se tem este tipo de oportunidade, possibilitando minimizar a dicotomia entre teoria e prática, bem como haja a clareza de papéis evidenciada nestes momentos de trocas onde emerge a complexidade do cuidado (VASCONCELOS *et al*, 2016).

Vale salientar que existem benefícios e também desafios diante desta integração. Dentre os benefícios podem ser citados: melhoria da qualidade do cuidado com uma visão holística do usuário; avanço na compreensão da academia sobre interprofissionalidade e funcionamento dos serviços de saúde; conhecimento dos estudantes sobre o perfil epidemiológico local, identificando problemas e direcionando intervenções; possibilidade de modificações na formação, focando mais a prevenção e promoção da saúde; maior compreensão de princípios e diretrizes do SUS no quesito promoção da saúde; avanços das relações entre a Universidade e as estruturas de gestão dos serviços com valorização dos papéis das instâncias e fortalecimento das parcerias; possibilita capacitação dos profissionais de saúde por meio da educação continuada e EPS; bem como aprimoramento crítico e reflexivo dos profissionais dos serviços com a presença do estudante neste cenário (KUABARA *et al*, 2014).

Dentre as dificuldades encontram-se as relações assimétricas de poder entre os distintos atores institucionais onde muitas vezes não é considerado o ponto de vista de atores diretamente envolvidos no processo; desarticulação entre as estratégias de integração e o panorama dos serviços havendo distanciamento entre os pares; resistência de alguns envolvidos no processo; falta de participação efetiva

dos atores (gestão, universidade e população); processos de ensino departamentalizados; desinteresse de alguns estudantes pelas disciplinas de cunho social; dificuldades no relacionamento interpessoal; sobrecarga de trabalho do docente (KUABARA *et al*, 2014).

Um agravante a esta problemática vivenciada foi à ocorrência da pandemia COVID-19 durante o decorrer da residência, que trouxe diversos outros desafios para as equipes de saúde.

"As atividades de educação continuada, lá, inicialmente, foi a questão da pandemia e sempre era discutido o processo de trabalho porque era uma coisa que precisava sobreviver, precisava encontrar saídas, precisava criar um fluxo que fosse minimamente aceitável diante do caos... que se instalava..." (Entrevista 02 RMFC).

"...atuando e a gente aprendendo junto...a questão da pandemia foi um fato extra, aí, que surgiu, que fez a gente aprender mais ainda, de fato, se deslocar do comum da Atenção Básica pra uma outra realidade, aí, foi outro aprendizado...Então lá vai estudar, lá vai ir atrás..." (Entrevista 06 RMSFC).

A crise sanitária vivenciada desde 11 de março de 2020 iniciou concomitante às atividades dos programas de residências evidenciados neste estudo, e trouxe a necessidade de serem reorganizados os processos de residência na área da saúde.

De acordo com Fernandes *et al* (2021), o cenário pandêmico evidenciou necessidades de reorganização do trabalho com práticas interprofissionais a fim de obter capacidade de enfrentamento, construção de fluxos de atendimento e cuidado, e definições de consensos.

Desta forma, a vivência destes momentos, possibilitou aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada aos usuários, compartilhamento de conhecimentos, melhorias na comunicação, parceria e cooperação na rotina da APS, minimizando eventos adversos na assistência prestada ao usuário.

"O que eu vivenciei...é algo, sem dúvida, transformador...É um mundo de possibilidades, a gente teve um desafio muito grande na minha turma, infelizmente, da pandemia, então a gente teve que se reinventar...E a residência, ela traz uma experiência muito vasta... se refazer enquanto profissional... a todo momento me provocar... qual é o profissional que eu sou?" (Entrevista 03 RMSFC).

"Consegui aprender muito, consegui ter muita noção... sobre cuidado continuado, o acompanhamento do paciente; tentar coordenar o cuidado na medida do possível... então foi muito importante sim, para ter essas percepções e estas experiências na prática né! Que me ajudaram bastante na minha vida profissional e pessoal também" (Entrevista 04 RMFC).

Observa-se, portanto, que uma nova forma de pensar e agir no cuidado à saúde, mesmo diante de tantos desafios, pode ser destacada no cotidiano dos serviços de saúde, superando aos poucos o modelo biomédico e contribuindo com a formação em serviço dos profissionais de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos questionários e dos relatos das entrevistas a partir do olhar de atores ainda pouco consultados no âmbito da EPS pôde enfatizar o quanto é essencial o desenvolvimento da EPS nos serviços da APS, e como os programas de residências estão atrelados a esta prática, auxiliando na sua oportunização, possibilitando reflexão quanto à assistência desenvolvida e criando caminhos junto aos profissionais dos serviços para mudanças de práticas.

Considerando os objetivos da pesquisa mista, a fusão dos resultados obtidos nas abordagens QUAN e QUAL convergiu na compreensão a respeito da percepção de R2 e egressos quanto a EPS durante e após a conclusão da residência em saúde. Foi possível avançar no conhecimento da EPS através da elaboração de categorias temáticas, que podem contribuir para o fortalecimento da integração ensino/serviço baseado na EPS.

Verificou-se que os participantes compreendem a importância de ensinar e de aprender na prática da EPS com a finalidade de abrir caminhos para a prática interprofissional na solução dos problemas advindos na rotina das USFs. Contudo, para que haja desenvolvimento de atividades de EPS nos serviços de saúde, é essencial que esteja claro para gestores, trabalhadores e usuários o conhecimento a respeito do conceito estrutural da EPS no seu sentido amplo. O desconhecimento quanto à finalidade, formas de implementação e importância desta estratégia reprimem seu desenvolvimento.

Dificuldades como sobrecarga de trabalho e práticas medicalocêntricas podem encontrar caminhos para soluções, no desenvolvimento da EPS, com organização de um planejamento, monitoramento de momentos viabilizados para esta prática e avaliação. Desta forma, a produção de um cuidado holístico tem maiores possibilidades de ser efetivamente praticado, bem como valorização e satisfação dos profissionais de saúde ao desenvolver um trabalho com constante aprendizado e reflexão.

Para isto, existe a necessidade de real articulação entre os atores: gestão, instituição formadora, trabalhadores de saúde e usuários, com constante negociação de práticas a serem desenvolvidas em prol da qualidade da assistência prestada e satisfação de todos os envolvidos, fazendo com que a EPS seja utilizada com

apropriação da sua prática, de modo que oportunize transformações da realidade.

Em tempo, acrescenta-se que serão necessários novos estudos que contemplem a participação de um maior quantitativo de egressos; estudos que abordem a implementação da EPS na prática assistencial desenvolvida pelos residentes junto às equipes de saúde, bem como a respeito de como se dá a interação entre ensino e serviço antes, durante e após a pactuação para andamento das residências em saúde. Também será fundamental um aprofundamento do estudo sobre as atividades dos programas de residência durante a pandemia Covid 19, visto que este se limitou à compreensão da EPS pelos R2 e egressos das residências em período coincidente ao pandêmico.

Visto o envolvimento das Coordenações dos Programas de Residências abordadas neste estudo; ESP-PB; FCM; UFPB e SMS-JP espera-se que haja a possibilidade de momentos de reflexão coletiva a respeito dos modelos de formação profissional em saúde nas residências com abordagem efetiva da EPS e negociação para aperfeiçoamento do seu desenvolvimento. Portanto, este estudo é relevante para o fortalecimento da interação ensino-serviço-controle-social com ênfase no debate sobre EPS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE V. S., *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Teresópolis: **Rev. bras. educ. med.**, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26/04/2021.
- ANIBAL, A. Da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida e à validação das aprendizagens informais e não formais: recomendações e práticas. Lisboa, **Instituto Universitário de Lisboa**, 2013. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/5003> Acesso em: 20/08/22.
- ARRUDA, G.M.M.S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. Botucatu: **Interface**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zPzhcPPr9Ghym9yzjvZQLvk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27/04/2021.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 70 ed. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf> Acesso em: 07/05/21.
- BARRETO, L.S.O. **Formação dos profissionais de saúde no Brasil: os programas interministeriais entre 2003 a 2016**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4500> Acesso em: 12/09/22.
- BASTOS, M.C. *et al.* Ensino Remoto Emergencial na Graduação em Enfermagem: Relato de experiência na COVID-19. **Rev. Min. Enferm.** v. 24, 2020. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1495>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- BERNARDO, M.S. *et al.* Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. Brasília: **Rev Bras Enferm**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DgtKYSzzJxLvkwg5PWdcS6z/?lang=en> Acesso em: 22/09/2021.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Decreto no 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Brasília, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 04/10/2021.
- _____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf Acesso em: 26/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf Acesso em: 26/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf Acesso em: 07/05/21.

_____. 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 - DOU, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 12/09/22.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf Acesso em: Acesso em: 07/05/21.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://registra-rh.saude.gov.br/images/arquivos/Cartilha_PNFRS.pdf Acesso em: 22/09/2021.

CAMACHO, A.C.L.F., Ensino remoto em tempos de pandemia da COVID-19: novas experiências e desafios. [S.l.] **Universidade Federal Fluminense**, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1145525>. Acesso em: 22 mar. 2021.

CARDOSO, M.L.M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/?lang=pt> Acesso em: 22/09/2021.

CARVALHO, D.J.M. DE, *et al.* Egressos de residência em enfermagem e o mercado de trabalho. [S.l.] **Rev enferm UFPE on line**, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238381/32428> Acesso em: 04/10/2021.

CASTRO, M.M.C.; SILVA, L.B.; VASCONCELOS, A.P.S.M. Crise Sanitária e Desafios para as Residências em Saúde. Fonte: **OMS**, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/53865/3/Crise%20Sanit%C3%A1ria%20e%20Desafios%20-%20Leticia%20Silva%202022.pdf> Acesso em: 15/ 08/ 2022.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rio de Janeiro: **Rev. Saúde Coletiva**, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26/04/2021.

CHAER, G.; DINIZ, R.R.P.; RIBEIRO, E.A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. Araxá: **Evidência**, 2011. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf. Acesso em: 04/10/2021.

COSTA, L.B. *et al.* Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632> Acesso em: 26/10/2022.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2015.

CRESWELL, J.W. *et al.* Mixed Methods Intervention Trials. [S.l.] **Wiley Online Library**, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781444316490.ch9> Acesso em: 22/07/22.

CRISANTO, L.I.M.M. **Desenvolvimento de competências em medicina de família e comunidade**: fortalezas e dificuldades em um programa de residência médica na perspectiva do residente egresso. Dissertação de Mestrado profissional- UFRN. Natal, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31774>. Acesso em: 18/10/2020.

CUNHA, T.G.S. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. [S.l.] **Health Residencies Journal- HRJ**, 2020. v.1. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/37> Acesso em: 15/08/22.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? Botucatu: **Interface**, 2013. <https://www.scielo.br/j/icse/a/RjwCNrYRkFYnpqXLZd69XMP/?lang=pt> Acesso em: 21/07/2021.

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2004.

DORNELES, L.L. *et al.* Development of an animated infographic on Permanent Health Education. São Paulo: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CXVXhMH7x4pxgqdcv5B3Lpr/?lang=en> Acesso em: 23/09/2021.

FCM. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. **Chamada pública de seleção nº49/2020 processo seletivo simplificado para a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade – RMSFC**. João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://assets.cienciasmedicas.com.br/arquivos/old/anexos/arquivo/Edital%20Residencia%20Multiprofissional%202021%20Versao%20Final.pdf> Acesso em: 26/07/2021.

FAKHOURI, A.P.; FRANCISCHETTI, I.; VIEIRA, C.M. Educação Permanente em saúde: concepções e práticas de facilitadores. Paranaíba: **Interfaces da Educação**, 2022. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/5012/4934> Acesso em: 20/08/22.

FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. São Paulo: **Texto Contexto Enferm.**, 2016. v. 25. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/Hjf6ghPxx7LT78W3JBTdpjf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26/07/2021.

FERNANDES, S.F. *et al.* Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. USP: **Rev. Esc. Enferm.**, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1351532> Acesso em: 23/09/2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 01/06/2021.

FEUERWERKER, L.C.M. Faz SUS, desmancha SUS no município de São Paulo. In: MERHY, E.E. *et al.* Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: **Hexis editora**, 2016. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-SaudeSurpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf> Acesso em: 15/08/22.

FIGUEIRÊDO, M.A.A. **Desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde na UBS Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade: plano de intervenção**. Monografia (Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família da UFAL). Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2021. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/27124/1/TCC_MODELO-ATUALIZADO-UFAL%20Marcos%20Aur%c3%a9lio%20%283%29.pdf Acesso em: 22/08/22.

FONSECA, L. M. *et al.* Educação e tecnologias digitais em tempos de pandemia: uma experiência, muitos desafios. **Ver. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.20, Especial COVID-19, 2020. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp->

content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-20-spe-0091/2238-202X-sobep-20-spe-0091.x49543.p. Acesso em: 15 mar. 2021.

FORTE, F.D.S. *et al.* **Manual de coleta da pesquisa**: a educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba. Projeto PPSUS-Fapesq. João Pessoa, 2021.

GIGANTE, R.L.; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2016. v. 14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ytsBRpHqC8b9TgQcHHdJkxm/?lang=pt> Acesso em: 30/05/2021.

GONÇALVES, C.B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwnzxb/?lang=pt> Acesso em: 22/09/2021.

HIGASHIJIMA, M.N.S.; FERLA, A.A.; SANTOS, M.L.M. Educação Permanente em Saúde: colocando em análise a produção de conhecimento. [S.l.] **Saúde em Redes**, 2022. v 8. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3484> Acesso em: 15/08/22.

HORA, D.L. *et al.* Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XfFCKYWbqrT4xbP7Jk7hjcH/?lang=pt> Acesso em: 29/09/2021.

KRAMER, J.; MARTINS, A.B.; MARCHI, R.J. de. Evolution of the residency programs of the Federal University of Rio Grande do Sul from the residents' view. São Paulo: **Rev Odontol UNESP**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/5th6XStNv7ZxLq6Ld5XmH6c/?lang=en>. Acesso em: 29/09/2021.

KUABARA, C.T.M. *et al.* Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm.**: São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/918> Acesso em: 18/10/2022.

LEITE, L. dos S.; ROCHA, K.B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26155062009>. Acesso em: 23/09/2021.

LIMA, M.A.S.; CARVALHO, A.L.B. Análise da abordagem familiar na perspectiva de implementação da prática no cenário da Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa-PB. João Pessoa, **Rev. APS.**, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/35490/24903> Acesso em: 20/08/22.

LOPES, J.M.C. *et al.* **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/manualoficina/manual_oficina.pdf Acesso em: 18/10/2020.

MANCIA, J.M.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Brasília: **Rev. Bras. Enferm.**, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5BkkzXw96fwWK6QNVWRytJK/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29/09/2021.

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. Botucatu: **Interface**, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resourc1/pt/biblio-1056559>. Acesso em: 28/06/2021.

MERHY, E.E. *et al.* Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. **Hexis**, 2016. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf> Acesso em: 15/08/22.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28/06/2021.

MORAES, V.S. *et al.* Atendimento remoto à saúde no contexto da pandemia: revisão integrativa. São Paulo: **Nursing**, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resourc1/pt/biblio-1372414> Acesso em: 12/08/22.

MOREIRA, K.F.A.M. *et al.* Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**[S.l.] 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/49FhWb55YPsxL73qVTctdjh/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18/10/2022.

OLIVEIRA, T.V.C.C. *et al.* Permanent education and collaborative practices in a health unit in the Western Amazon: possibilities and challenges. Curitiba: **Brazilian Journal of Development**, 2022. v 8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/360567874_Educacao_permanente_e_praticas_colaborativas_em_uma_unidade_de_saude_na_Amazonia_Ocidental_possibilidades_e_desafios_Permanent_education_and_collaborative_practices_in_a_health_unit_in_the_Western_Ama Acesso em: 22/07/22.

OLIVEIRA JÚNIOR, O.L.F. de. **Guia de metodologias ativas em ensino de Residência Médica**. Orientadora: Juliana Monteiro Costa. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde. Recife, 2022. Disponível em:

<https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/746/1/Guia%20de%20metodologias%20-%20Osman.pdf> Acesso em: 18/10/2022.

PARAIZO-HORVATH, C.M.S.P. *et al.* Estratégias efetivas para a capacitação profissional na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. Barueri: **Saúde Coletiva**, 2022. v. 12. Disponível em:

<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2560>
Acesso em: 15/08/22.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. Porto Alegre:

Interfaces-Sociologias, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzkKc/#> Acesso em: 15/03/21.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Botucatu: **Interface**, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/4VQQtrdJVX4Nxhrt6TcSZzG/?lang=pt> Acesso em: 24/08/22

_____; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Botucatu: **Interface**, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt> Acesso em: 04/10/2021.

_____ *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt> Acesso em: 04/10/2021.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/NpfrFwfVvkGbWQpfpMwgzZH/?lang=pt#ModalArticles>
Acesso em: 13/09/22.

PMJP. PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Portaria Nº. 018.2016 06 de maio de 2016**. Estabelece normas para a atuação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do município de João Pessoa – PB e dá outras providências. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2016

PRADO, M.L. *et al.* Arco de Magueréz: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Relato de Experiência. Rio de Janeiro: **Esc. Anna Nery**, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/abstract/?lang=pt>
Acesso em: 26/04/2021

RODRIGUES, D.C. *et al.* Permanent education and matrix support in primary health care: family health routine

[S.I.] **Rev Bras Enferm.** 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/mRkqyGL5DyXt9qYJyP6WPVy/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 08/06/2021.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. [S.I.] **Texto Contexto Enfermagem**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016> Acesso em: 15/ 08/ 2022.

SANTOS FILHO, E.J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L.A.V. A validação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e a comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, 2017. Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2245> Acesso em: 03/06/2021.

SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in quantitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual Quant**, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29937585/> Acesso em: 26/04/2021.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. [S.I.] **Qualitas Revista Eletrônica**, 2015. v. 16.

Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>. Acesso em: 26/04/2021.

SILVA, C. A.; ARAUJO, M. D. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. Rio de Janeiro: **Saúde debate**, 2019. v. 43.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/?lang=pt>. Acesso em: 03/06/2021.

SILVA, C.S.S.L.S.; KOOPMANS, F.F.; DAHER, D.V. O diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações na atenção primária a saúde. Rio de Janeiro: **Revista Pró-Universus**, 2016. v.7. Disponível em:

<https://sumarios.org/artigo/o-diagn%C3%B3stico-situacional-como-ferramenta-para-o-planejamento-de-a%C3%A7%C3%B5es-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria> Acesso em: 29/09/2021

SILVA, F. A. J. da. **O processo de formação profissional para a atenção básica em saúde: uma revisão integrativa.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2020.

Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-08122020-122803/pt-br.php> Acesso em: 01/06/2021.

SILVA, L.S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da Implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/?lang=pt>. Acesso em: 29/09/2021.

SILVA, L.S. *et al.* Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do sus. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3575/2449> Acesso em: 03/06/2021

SILVERIO DE MORAES, R.; HIGA, E.R.F.; ALVES DE MORAES, M.A. Permanent Education in Family Health Units: comprehension of the multiprofessional team. São Paulo: **Rev. O Mundo da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1363> Acesso em: 15/08/22.

SOARES, R.S. *et al.* Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. [S.I.] **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1629> Acesso em: 22/07/2021.

SOUTO, R.Q. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da ferramenta de avaliação de métodos mistos para o contexto brasileiro. [S.I.] **Rev Fun Care Online**. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096921> Acesso em: 15/ 08/ 2022.

SOUZA, E.L. *et al.* Metodologia da pesquisa. Aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde. 2 ed. Natal RN, **EDUFRN**, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/27909/1/Metodologiadapesquisa_Souza_2019.pdf Acesso em: 01/06/2021.

SOUZA, V.R.S. *et al.* Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist [S.I.]. **Acta Paul Enferm**, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021ao02631> Acesso em: 01/06/2021.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **Livro SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 3 ed. [S.I.] Guanabara, 2019.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil.[S.I.] **Rev. Panam. Salud. Publica.**, 2020. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51793/v43e1842019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01/06/2021.

TOASSI, R.F.C. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf?sequence=1&isallowed> Acesso em: 01/06/2021.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. [S.I.] **Int J Qual Health Care**, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 26/07/2021.

TORRES, R.B.S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. Botucatu: **Interface**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jF6rRNzt57ZtmNy5G3TtdNg/?lang=pt> Acesso em: 26/07/2021.

UFPB. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Projeto Pedagógico da Residência em Medicina de Família e comunidade**. Centro de Ciências Médicas. Departamento de promoção da saúde. Fevereiro, 2018.

VASCONCELOS, A.C.F. *et al.* Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface**: São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n56/147-158/pt/> Acesso em: 18/10/2022.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Belo Horizonte: **Educ. rev.**, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-46982014000100009>. Acesso em: 07/10/2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clinical management of COVID-19: interim guidance**. World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Acesso em: 03/06/2021.

ZARILI, T.F.T *et al.* Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. São Paulo: **Saude e Soc.**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2021.v30n2/e190505/> Acesso em: 28/03/2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



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

Pesquisador responsável: Franklin Delano Soares Forte

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

Atenciosamente,
 O Coordenador da Pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

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

J.Pessoa, de de.....

Assinatura do Responsável Legal

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF



ROTEIRO DE COLETA DE DADOS– QUESTIONÁRIO

Seção 1: Dados Sociodemográficos

Sexo: () Masculino () Feminino () Prefiro não informar **Idade:** _____

Autodeclaração de cor/raça: () Branca () Parda () Preta **Nacionalidade:** Brasileira () Não brasileira ()

Tem formação concluída em qual curso de graduação?

Biomedicina() Ciências Biológicas() Educação Física() Enfermagem() Farmácia() Fisioterapia()

Fonoaudiologia() Medicina Veterinária() Medicina() Nutrição() Odontologia() Serviço Social ()

Psicologia() Saúde Coletiva() Terapia Ocupacional()

Qual o ano de conclusão do seu curso de graduação? _____

Em qual instituição você concluiu o curso de Graduação? _____

Qual o ano de conclusão dessa residência? _____

Seção 2: Satisfação com o Programa de Residência cursado

Como você avalia a Residência de Medicina de Família e Comunidade que cursou?

Muito ruim() Ruim() Regular() Bom() Excelente()

Quais aspectos levaram você a atribuir essa resposta? _____

Por que se interessou na atenção primária, estratégia saúde da família? _____

Acha que a Residência está fazendo você, um profissional diferenciado no seu campo de atuação?

Sim() Não()

Dadas as afirmações a seguir sobre o motivo de escolha quanto a "Realização da Residência", marque o número que melhor representa sua resposta entre a pontuação de 1 a 10. Sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente.

Afinidade com o processo de trabalho na atenção primária – estratégia saúde da família:

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Busca por melhorar meus conhecimentos a partir da prática: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Pela possibilidade de ter uma experiência profissional qualificada: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Havia acompanhamento de Preceptor durante sua atuação?

Nunca() Algumas Vezes() Maioria das vezes() Sempre()

Havia acompanhamento de Tutor/Professor durante sua atuação?

Nunca() Algumas Vezes() Maioria das vezes() Sempre()

Durante a Residência houve discussão com professor/tutor/preceptor de casos, ou plano de cuidado, ou planejamento ou situações problemas? Sim() Não()

Se sim, poderia descrever essa situação? _____

Dadas as afirmações a seguir sobre a vivência atribuída ao "Programa de Residência", marque o número que melhor representa sua resposta entre a pontuação de 1 a 10. Sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente.

Os preceptores são qualificados para o processo de preceptoria: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Os tutores são qualificados para o processo de aprendizagem na Residência:

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Os preceptores e tutores trabalham com os metodologias ativas: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Dadas as afirmações a seguir sobre o "Processo formativo na Residência", marque o número que melhor representa sua resposta entre a pontuação de 1 a 10. Sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente.

Promove a formação baseada em metodologias ativas: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Promover o protagonismo do residente no processo ensino-aprendizagem:

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Apresenta um sistema de avaliação que ajuda a autorreflexão do Residente:

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Permite a concepção do processo formativo vinculado ao SUS: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Permite a concepção do processo de trabalho centrado no usuário/família, território, comunidade:

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Promove a formação baseada no diálogo entre teoria e prática: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Dada as afirmações a seguir sobre a "Articulação com a graduação e outros Programas de Residência", marque o número que melhor representa sua resposta entre a pontuação de 1 a 10. Sendo 1 discordo totalmente e 10 concordo totalmente.

Articulação com outras Residências em Saúde: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Eu exerci a preceptoria com estudantes de graduação: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Eu exerci a preceptoria com estudantes de cursos técnicos: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Seção 3: A ser respondido por quem apresenta/apresentou vínculo empregatício após a residência.

Sobre a inserção no mercado de trabalho, qual foi o tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional?

De imediato até 03 meses() De 04 meses a 01 ano() De 01 a 03 anos() Mais de 04 anos()

Não está trabalhando atualmente()

Quanto a vínculo empregatício, quantos vínculos você possui atualmente?

1() 2() Mais de 02() Não está trabalhando atualmente()

Qual a sua renda atual mensal, aproximadamente?

Nenhuma renda() De 01 a 07 salários mínimos() De 08 a 14 salários mínimos() Mais de 15 salários mínimos()

Qual a cidade e o estado onde trabalha atualmente? _____

Qual é o principal tipo de atividade que você desempenha?

Assistencial() Gerencial() Docência() Auditoria() Consultoria() Outra()

Em seu trabalho atual, realiza alguma atividade de preceptoria?

Sim() Não() Não está trabalhando atualmente()

Se sim, especifique o curso de graduação e/ou Residência: _____

Você exerce alguma atividade com vínculo com o SUS?

Sim() Não() Não está trabalhando atualmente()

Para quem tem vínculo com o SUS, seu vínculo foi através de: Concurso público()

Processo seletivo simplificado() Contratação por cooperativa() Cargo comissionado() Outro()

Em seu trabalho atual, você percebe que a Educação Permanente em Saúde se faz presente no cotidiano de atividades? Sim() Não() Não está trabalhando atualmente()

Quais fatores favoreceram e/ou desfavoreceram essas práticas de Educação Permanente em Saúde?

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

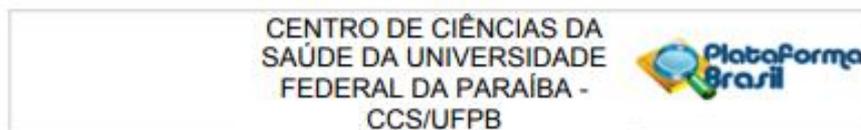


ROTEIRO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Dados sociodemográficos:
 Sexo? _____ Idade? _____ Raça/cor? _____
 Ano de conclusão da graduação: _____
- De que forma a sua experiência na Residência ano passado dialoga com o movimento de reorientação da formação e do trabalho em saúde no contexto do SUS?
- Na sua percepção quais as competências de um profissional para atuar na Atenção Básica ou na ESF ou gestão do SUS?
- Na sua percepção, a aprendizagem vivenciada no Programa de Residência em Saúde favoreceu a mudança de práticas, de atitudes pessoais em seu processo de trabalho? Se sim, descreva/exemplifique. Se não, por quê?
- O Programa de Residência em Saúde exerceu influência sobre o entendimento de sua prática na perspectiva da gestão/cuidado integral e humanizado à saúde?
- Na perspectiva da gestão/cuidado integral e humanizado, quais práticas e tecnologias do cuidado você passou a empregar no cotidiano da equipe na qual você atua/atuou, após a realização do Programa de Residência em Saúde?
- Como você compreende a educação permanente em saúde a partir de sua experiência na Residência?
- Como foi o desenvolvimento da educação permanente em saúde durante a Residência? Detalhe algumas práticas vivenciadas, potencialidades e fragilidades.
- Com base em sua experiência na Residência e sua inserção nos serviços de saúde fale-me sobre suas percepções sobre a realidade do trabalho em equipe?
- Em que momento você acha que desenvolveu competências para o trabalho interprofissional/colaborativo?
- Em que momento houve na Residência qualificação para o efetivo trabalho em equipe?
- Como você compreende a educação interprofissional a partir da Residência?
- Fale-me sobre o trabalho em equipe na perspectiva da colaboração na residência.
- Fale-me sobre as fragilidades percebidas para o trabalho colaborativo?
- Você tem sugestões ou recomendações para o fortalecimento da EPS e da educação interprofissional e práticas colaborativas nas Residências?
- Com quem eu deveria falar para saber mais?
- Gostaria de adicionar algo mais a nossa conversa?

ANEXOS

ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO NO CEP



Contribuição do Parecer: 5.375.901

Objetivo da Pesquisa:

Na avaliação dos objetivos apresentados os mesmos estão coerentes com o propósito do estudo:

Compreender os elementos da Educação Permanente em Saúde, educação interprofissional e do trabalho colaborativo dos Residente e avaliar na perspectiva dos egressos a trajetória de formação nas RS, considerando a EPS, EIP, práticas colaborativas e a inserção no mercado de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios apresentados estão coerentes com a Resolução 466/2012 CNS, item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes.

No item II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

Riscos:

Pode acontecer um desconforto durante a condução da entrevista, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

A participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca dos Programas de Residência na Paraíba.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, Compreender os elementos da Educação Permanente em Saúde, educação interprofissional e do trabalho colaborativo dos Residente e avaliar na perspectiva dos egressos a trajetória de formação nas RS, considerando a EPS, EIP, práticas colaborativas e a inserção no mercado de trabalho.

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 58.051-900
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitadefetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 5.375.901

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória, foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE, CASO OCORRA QUALQUER ALTERAÇÃO NO PROJETO (MUDANÇA NO TÍTULO, NA AMOSTRA OU QUALQUER OUTRA), O PESQUISADOR RESPONSÁVEL DEVERÁ SUBMETTER EMENDA SOLICITANDO TAL(IS) ALTERAÇÃO(ÕES), ANEXANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.

RECOMENDAMOS TAMBÉM QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA O PESQUISADOR RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL E DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À(S) INSTITUIÇÃO(ÕES) ONDE OS MESMOS FORAM COLETADOS, AMBOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PESQUISADOR RESPONSÁVEL ENCAMINHOU EMENDA, PARA TANTO, APRESENTOU AS SEGUINTE JUSTIFICATIVAS: "Essa emenda é para INCLUSÃO DOS NOMES DE LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA, ADRIANA MARIA MACÉDO DE ALMEIDA TÓGOLI E DAVY ALVES DA SILVA NA EQUIPE DE PESQUISA".

O ORA REQUERIDO NÃO COMPROMETE EM NADA A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DE PESQUISA, POR ISSO SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL AO PRESENTE PLEITO, SALVO MELHOR

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_190975_0_E2.pdf	25/03/2022 12:24:49		Aceito
Outros	emenda.pdf	04/02/2022 19:26:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoceipeemenda.pdf	04/02/2022 19:25:31	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 5.375.001

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2020 14:51:50	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	aprovacao_PPG_SaudecoletivaUFPB.pdf	05/10/2020 14:50:28	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOASSINADA.pdf	04/09/2020 11:58:03	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	RMFCUFPB.pdf	31/08/2020 08:42:08	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAOCEFOR.pdf	31/08/2020 08:40:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	DECLARACAOPPGSC.pdf	31/08/2020 08:38:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_REITORIA.pdf	24/08/2020 11:30:51	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADORES.pdf	24/08/2020 11:29:28	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Abril de 2022

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: combedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO C - PROTOCOLO COREQ

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA *et al*, 2021).

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	46
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	12
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	12
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	12
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	46
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	44
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	44
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos,	12

		suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	48
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	44
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	44
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	44
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	44
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	47
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	47
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	50/ 51

Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	45
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	47
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	47
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	45
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	47
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	47

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa

Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	

Domínio 3: Análise e resultados

Análise de dados

24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	57
----	----------------------------------	------------------------------------------	----

25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	57
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	57
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	49
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	58
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	58
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	58
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	63

ANEXO D - MMAT

Mixed Methods Appraisal Tool (Instrumento de avaliação da qualidade da pesquisa de métodos mistos), versão 2011 - Tradução e adaptação ao contexto brasileiro (SOUTO *et al*, 2020).

Tipos de componentes para Método Misto	Critérios de Qualidade Metodológica	Respostas			
		Sim	Não	Indefinido	Comentários

Triagem Dúvidas (para todos os tipos)	Existem perguntas de pesquisa qualitativas e quantitativas claras (ou objetivos) ou uma pergunta clara de método misto? (ou objetivo?)	X			
	É possível que os dados possam responder às questões de pesquisa (objetivo)? Por exemplo, considere se o período de acompanhamento foi longo o suficiente para que o resultado ocorresse (para estudos longitudinais ou componente de estudo).	X			
As próximas perguntas não são apropriadas para responder quando as respostas são "Não" ou "Indefinido" para uma ou ambas as perguntas de triagem.					
1.Qualitativo	1.1 As fontes de dados qualitativos (arquivos, documentos, informantes, observações) são relevantes para responder à questão de pesquisa (objetivo)?	X			
	1.2 O processo de análise dos dados qualitativos é relevante para responder à questão de pesquisa (objetivo)?	X			
	1.3 É dada a devida consideração à relação entre os resultados e o contexto, ou seja, o ambiente ou contexto em que os dados foram coletados?	X			
	1.4 É dada consideração apropriada à relação entre os resultados e a influência dos pesquisadores, por exemplo, por suas interações com os participantes?	X			
2.Ensaio randomizado	2.1 Existe uma descrição clara da randomização (ou uma seleção aleatória apropriada)?				
	2.2 Existe uma descrição clara do sigilo de alocação (ou "mascaramento" quando aplicável)?				
	2.3 Existem dados de resultados completos (80% ou mais)?				

	2.4 Existe uma baixa taxa de desistência (menos de 20%)?				
3.Quantitativo não randomizado	3.1 Os participantes (organizações) são selecionados de forma a evitar viés de seleção?				
	3.2 Em relação à exposição/intervenção e resultados, as medidas são apropriadas (fonte clara, validade conhecida ou padrão do instrumento; e nenhuma contaminação entre grupos, quando apropriado)?				
	3.3 Nos grupos sendo comparados (expostos versus não expostos; com intervenções versus sem intervenções; casos versus controles), os participantes são comparáveis? Ou os pesquisadores também levam em conta (controlam) a diferença entre esses grupos?				
	3.4 Os dados de resultados estão completos (80% ou mais) e, quando aplicável, há uma taxa de resposta aceitável (60% ou mais) ou uma taxa de acompanhamento aceitável para estudos de coorte (dependendo da duração do acompanhamento)?				
4.Descritivo Quantitativo	4.1 A estratégia de amostragem é relevante para responder à pergunta de pesquisa quantitativa (aspecto quantitativo da pergunta de pesquisa de método misto)?	X			
	4.2 A amostra da população do estudo é representativa?	X			
	4.3 As medidas escolhidas são apropriadas (fonte clara, validade conhecida ou padrão do instrumento?).	X			
	4.4 Existe uma taxa de resposta aceitável (60% ou mais)?		X		
5.Métodos Mistos	5.1 O projeto de pesquisa de método misto é relevante para responder a perguntas de pesquisa qualitativa e quantitativa (ou objetiva), ou os aspectos qualitativos e quantitativos da pergunta de	X			

método misto ou objetivo?				
5.2 A integração de dados qualitativos e quantitativos (ou resultados) para responder à questão de pesquisa (objetivo) é relevante?	X			
5.3 As limitações associadas a esta integração são devidamente consideradas? Por exemplo, a divergência de dados qualitativos e quantitativos (ou resultados) em uma estratégia de triangulação?	X			

Além dos itens 5.1 a 5.3, um componente qualitativo (1.1 a 1.4) e o componente qualitativo apropriado (2.1 a 2.4, ou 3.1 a 3.4, ou 4.1 a 4.4) devem ser respondidos.