UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JÉSSICA PINHEIRO CARNAÚBA

COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA
2020

JÉSSICA PINHEIRO CARNAÚBA

COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Educação na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C286c Carnaúba, Jéssica Pinheiro.
Competências em Promoção da Saúde na Formação Profissional : Estudo de Caso de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família / Jéssica Pinheiro Carnaúba. – 2020.
178 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira.

1. Promoção da Saúde. 2. Educação Permanente. 3. Internato não Médico. I. Título.

CDD 610

JÉSSICA PINHEIRO CARNAÚBA

COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Educação na Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

_____
Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

_____
Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

A todos que acreditam que a educação é capaz de mudar o mundo.
A todos que acreditam no SUS.

AGRADECIMENTOS

Como passa rápido, aqui estou concretizando mais um sonho, mais uma etapa de uma longa jornada. Lembro-me do primeiro dia em que tudo era novo, e o coração batia rápido por ter conseguido entrar nesse processo formativo tão almejado. Foram tantos os desafios e dificuldades que tive de enfrentar, tantas lágrimas derramadas e alegrias compartilhadas, em que cada singular momento foi deveras importante para a construção do que sou hoje. Sentirei saudades de cada momento, de cada pessoa.

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pois pude sentir o seu amor e luz me guiando a cada passo desta jornada. Muitas vezes, fui carregada em seus braços quando senti que não mais podia caminhar. Grata pelo restabelecimento da saúde do meu pai e também por cada anjo que colocou em nosso caminho.

À minha amada família, em especial, a minha mãe Maria de Fátima e minha tia Licinha, por serem meus exemplos de mulher, força, coragem, determinação e fé. Pensei em vocês em cada momento deste percurso. Jamais teria chegado aqui se não fosse o apoio de vocês. Amo muito vocês.

Às grandes amigas, Fernanda Rafaella, Ana Karen, Katia Rangelly, Jordana Corrêa, Hellen Rodrigues e Larisse Pereira. Muito obrigada pelo apoio, carinho, por terem me ajudado a evoluir durante todo esse percurso que chamamos de vida e por me ajudarem a ser uma pessoa melhor. Vocês estão no meu coração.

Às amigas de infância, Anne Caroline, Samara Casemiro e Sara Casemiro, por terem me abrigado em seus domicílios nos momentos em que precisei estar em Fortaleza durante os módulos do mestrado. Vocês me fizeram sentir muito acolhida e me deram forças para enfrentar este desafio.

A toda a equipe da UBS Carnaúba, agradeço a cada um por "segurar a barra" nos momentos que precisei me ausentar. Obrigada pelo carinho, respeito e companheirismo. Vocês são muito importantes na minha construção como profissional e ser humano.

A todos os amigos e companheiros do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFC, por cada minuto compartilhado, por me escutarem, pelos conselhos e lições aprendidas. Agradeço também pelas risadas, incentivos, momentos de aprendizado e diversão. Levarei cada um sempre no meu coração.

Às grandes companheiras e amigas, Chris Everte e Adriana de Túlio, pelo apoio, carinho, amizade, lágrimas compartilhadas e momentos de risadas. Vocês foram essenciais

para que esta conquista ocorresse. Vocês são um dos maiores presentes que este mestrado me trouxe.

À Secretaria de Saúde de Mombaça, Ceará, representada pela querida amiga Norma Marques, por permitir que eu pudesse participar deste valioso processo de formação. Obrigada pela atenção, carinho e companheirismo durante todo este percurso.

Aos professores e colaboradores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFC, por me mostrarem os desafios da vida cotidiana da Saúde da Família e como desempenhar um bom trabalho de forma humanizada e dedicada, independente das condições que se apresentem.

A meu querido e excelentíssimo orientador Prof. Marcelo José Monteiro, por ter acreditado em mim até mesmo quando nem eu acreditava. Deus sempre colocou anjos magníficos no meu caminho e, sem dúvidas, você é um deles. Obrigada pela compreensão, carinho, paciência, pelas suas valorosas orientações, pelo exemplo de profissional e pela sua fé em mim. Nenhuma palavra ou expressão conseguem mensurar minha profunda admiração por você.

Às professoras, Kelen Gomes Ribeiro e Ivana Cristina de Holanda, por contribuírem com este sonho. É uma grande honra poder contar com suas valorosas contribuições. Gratidão!

Enfim meu muito obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação como pessoa, enfermeira e mestre. Sintam-se todos abraçados.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenho para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), modalidade de pós-graduação *latu senso*, surge com a finalidade de promover mudanças na formação profissional. Nessa esteira, a inquietação que guia esta pesquisa é: Como as Competências em Promoção da Saúde (CPS) estão sendo desenvolvidas no contexto das RMS? Diante desse questionamento, acredita-se que o estudo da realidade cotidiana de uma RMS é importante para promover essa análise das CPS as quais estão sendo desenvolvidas no contexto formativo dos profissionais do SUS, permitindo uma discussão mais ampla desse modelo de formação. Além disso, espera-se que este estudo possa desencadear um processo de reflexão em relação à PS no contexto da ESF. No que concerne à metodologia, trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa valendo-se do tipo de estudo de caso descritivo. O cenário consistiu no Programa de RMS da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) das cidades de Quixadá e Quixeramobim. Os participantes foram os residentes, tutores e preceptores, constituindo uma amostra de 21 sujeitos. A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho e agosto de 2019. A produção de dados ocorreu por meio das técnicas de análise documental, entrevista semiestruturada e grupos focais. Além disso, foi utilizado o critério de saturação teórica. Os discursos presentes no grupo focal e as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas. Para análise dos dados, foi escolhida a técnica da Hermenêutica de Profundidade (HP), constituída pelas fases de análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação. Foi levado em consideração o cumprimento da Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número 3.313.043. Cumpre destacar que, ao adentrarem nos territórios de atuação, os residentes vivenciam as realidades da APS nos municípios do interior do Estado do Ceará e se deparam com constantes dificuldades presentes no cotidiano dos serviços. A própria conjuntura política e econômica que o Brasil vivencia tem trazido impactos que são sentidos pelos residentes. No sentido das CPS, os residentes desconhecem o referencial "*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*" (CompHP), contudo, ao longo do estudo, foi perceptível a presença de diversos domínios e competências no desenvolvimento pedagógico desses atores. A mais, é sentida tanto pelos residentes quanto pelos preceptores, a necessidade de aprimoramento na formação docente, além da ausência de vínculo empregatício que contribui para a desmotivação dos preceptores. A PS ainda ocorre de modo fragmentado e existem fortes entraves por parte da população, pois predomina o modelo biomédico. Nessa esteira,

pode-se afirmar que capacitar a PS vai muito além de educar a população para hábitos de vida saudáveis. É preciso conscientizá-la na luta pelo direito à saúde integral e a condições dignas de vida, por meio de políticas públicas voltadas às necessidades da população. As residências cumprem seu papel pedagógico de preparar os residentes para a PS, contudo, as competências a serem desenvolvidas necessitam estar mais claras e fortalecidas para a formação desses atores. Assim, colocar os residentes diante das dificuldades encontradas nos serviços do SUS é essencial para o aprendizado, no sentido de auxiliá-los a encontrarem maneiras de realizar um trabalho pautado na PS, mesmo diante de inúmeros obstáculos.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação Permanente. Internato não Médico.

ABSTRACT

The Multiprofessional Residency in Health (RMS), a non-degree postgraduate course, arises with the purpose of promoting changes in professional formation. The concern that guides this study: how are Health Promotion Competencies (PHC) being developed in the context of the RMS? In view of these considerations, it is believed that the study of the daily reality of an RMS is important to promote this analysis of the PHC that are being developed in the formative context of SUS professionals, allowing a broader discussion of this formation model. In addition, it is hoped that this study can trigger a process of reflection in relation to PHC in the context of the FHS. This is a qualitative research, a descriptive case study. The scenario consisted of the RMS Program of the School of Public Health of Ceará (ESP/CE) in the cities of Quixadá and Quixeramobim. The participants were the residents, tutors, preceptors constituting a sample of 21 subjects. Data collection was carried out during the months of June and August 2019. The production of data occurred through the techniques of document analysis, semi-structured interviews and focus groups. Theoretical saturation criterion was used. The speeches present in the focus group and the interviews were transcribed in full and organized. For data analysis, the Depth Hermeneutics (DH) technique was chosen, consisting of the phases of socio-historical analysis, formal or discursive analysis and interpretation/re-interpretation. Compliance with Resolution Nº 510/16 of the National Health Council (CNS) was taken into account, with approval by the Research Ethics Committee (CEP) under number 3.313.043. Upon entering the territories in which they operate, residents experience the realities of PHC in municipalities in the interior of the state of Ceará and are faced with the constant difficulties present in the daily lives of these services. The very political and economic situation that Brazil is experiencing has brought impacts that are felt by residents. In the sense of PHC, residents are unaware of the reference "*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*" (CompHP), however, throughout the study, the presence of several domains and skills in the pedagogical development of these actors was noticeable. It is felt by both the residents and the preceptors, the need for improvement in teacher formation, in addition to the absence of an employment tie contributing to the demotivation of preceptors. PHC still occurs in a fragmented way and there are strong barriers on the side of the population, where the biomedical model predominates. Empowering PHC goes far beyond educating the population on healthy lifestyle habits. It is necessary to raise awareness in the struggle for the right to comprehensive health and decent living conditions, through public policies aimed at the needs

of the population. Residencies fulfill their pedagogical role of preparing residents for PHC, however, the skills to be developed need to be clearer and strengthened for the training of these actors. Placing residents in the face of difficulties encountered in SUS services is essential for learning, in order to help them find ways to carry out work based on PHC, even in the face of numerous obstacles.

Keywords: Health Promotion. Permanent Education. Non-medical Internship.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ilustração do quadro de competências COMPHP..... 23
Figura 2 – Representação da composição dos participantes do estudo..... 47
Figura 3 – Formas de investigação hermenêutica da profundidade..... 54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos residentes em seu segundo ano de formação, de acordo com a categoria profissional, dos municípios de Quixadá e Quixeramobim..... 44

Quadro 2 – Distribuição dos preceptores de acordo com os municípios de atuação, segundo edital de 2017..... 45

Quadro 3 – Residentes e preceptores de núcleo e campo, que participaram da pesquisa de acordo com o núcleo profissional e os municípios de atuação..... 47

Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Abordagem Baseada em Problema
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissões de Residência Multiprofissional e Uniprofissional
CompHP	*Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*
CPS	Competências em Promoção da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
GM	Gabinete Ministerial
HP	Hermenêutica de Profundidade
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ORLA/ IUPE	*The Latin American Office/Internation Union Health Promotion and Education*
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PS	Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da família e Comunidade
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SDSS	Sala de Situação em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Curso
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UAB	Universidade Aberta do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
VER-SUS	Projeto de Vivências de Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	17
1.1	**Vivências da pesquisadora com a temática**	17
1.2	**Problema da pesquisa**	18
1.3	**Justificativa e relevância**	26
2	**EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DAS RESIDÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS EM SAÚDE**	31
3	**OBJETIVOS**	40
3.1	**Objetivo geral**	40
3.2	**Objetivos específicos**	40
4	**CAMINHO METODOLÓGICO**	41
4.1	**Tipo de pesquisa**	41
4.2	**Contexto e cenário**	42
4.3	**Sujeitos da pesquisa**	44
4.4	**Instrumentos de pesquisa**	48
4.5	**Análise e interpretação dos dados**	52
4.6	**Aspectos éticos**	56
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	58
5.1	**Contexto sócio-histórico – de que realidade estamos falando?**	58
5.2	**Competências em promoção da saúde no contexto da RMSF da ESP/CE**	66
5.2.1	***Conhecimento***	66
5.2.2	***Valores e princípios éticos***	75
5.2.3	***Capacidade de mudança***	79
5.2.4	***Advocacia em saúde***	83
5.2.5	***Parceria***	89
5.2.6	***Comunicação***	97
5.2.7	***Liderança***	104
5.2.8	***Diagnóstico***	109
5.2.9	***Planejamento***	114
5.2.10	***Implementação***	118
5.2.11	***Avaliação e pesquisa***	121
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	130

REFERÊNCIAS..... 136
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (RESIDENTES)..... 156
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (PRECEPTORES/ TUTORES)..... 158
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (COORDENAÇÃO)..... 160
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA O DIRECIONAMENTO DOS GRUPOS FOCAIS..... 162
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PRECEPTORES, TUTORES E COORDENADOR..... 163
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (RESIDENTES)..... 166
ANEXO A – COMPETÊNCIAS BÁSICAS DO COMPHP PARA O QUADRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (DEMPSEY *et al.*, 2011)..... 169
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 175

1 INTRODUÇÃO

1.1 Vivência da pesquisadora com a temática

A aproximação com o objeto de pesquisa se deu a partir de três momentos ao longo do meu percurso profissional. Em primeiro lugar, a vivência como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), no município de Quixadá. A minha inserção no processo formativo despontou muitas indagações e reflexões diante da necessidade de fomentar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à Promoção da Saúde (PS) para uma atuação que me é exigida no cotidiano profissional.

Em um segundo momento, desenvolvi uma pesquisa de conclusão de residência por meio da qual analisei a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Quixadá/CE sobre a RMSFC da ESP/CE. Estudar tal temática me levou a perceber que as produções científicas, em relação às residências multiprofissionais, ainda são escassas. Além disso, os ACS evidenciaram diversas ações de PS, embora sem continuidade dentro dos próprios serviços após a saída dos residentes.

Posteriormente, enquanto egressa da RMSFC da ESP/CE, continuei inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de um concurso público na cidade de Mombaça-CE, onde pude evidenciar a prática assistencial fora da residência. Nesse sentido, percebi que os serviços de saúde ainda têm um longo caminho a percorrer em relação ao rompimento do modelo biomédico e à valorização das ações voltadas à promoção do empoderamento e da qualidade de vida dos usuários.

Por fim, durante a minha formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), a partir da disciplina de Promoção da Saúde (PS), tive contato com o referencial CompHP, o que despertou em mim a necessidade de compreender melhor sobre o desenvolvimento de Competências no contexto do ensino. Diante disso, pela soma dos fatores citados, optei por realizar o meu estudo dentro do contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

1.2 Problema de pesquisa

No decorrer da história da Humanidade, o conceito de saúde passou por diversos entendimentos, de acordo com as configurações científicas, políticas e sociais presentes ao longo do tempo, sempre em uma perspectiva relacionada à ausência de enfermidades (ARANTES *et al.*, 2008).

A partir da década de 1980, o conceito de saúde adquiriu um significado positivo de bem-estar físico, mental e social, além de passar a ser vista como um direito humano fundamental. Para atingi-la, faz-se necessário alguns pré-requisitos essenciais: paz, justiça social, ambiente estável, alimentação adequada, renda, moradia, recursos sustentáveis e equidade (OTTAWA, 1986).

A partir da Carta de Ottawa, documento de intenções instituídas pela I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, considerada base essencial para a PS, o conceito de PS passou a ser considerado o processo de capacitar as comunidades para influir sobre sua própria qualidade de vida, como participantes ativos desse processo. Além disso, trouxe consigo, em seus eixos operacionais, a reorientação dos serviços de saúde, com ênfase para aumentar os esforços em relação às pesquisas, bem como promover transformações no ensino dos trabalhadores em saúde (OTTAWA, 1986).

O significado da PS também trouxe à tona a necessidade de empoderamento dos indivíduos, os quais deveriam tomar posse da responsabilização por sua saúde e seu modo de viver. Essa noção de empoderamento alicerça-se no reconhecimento e melhoria de aptidões pertencentes a cada indivíduo e na capacidade de usá-las para seu favorecimento, revertendo-se em qualidade de vida (MORAES, 2017).

Assim, assumindo a saúde como um complexo bem-estar que exibe estreita relação com as condições sociais e pessoais dos indivíduos, a PS ultrapassa o setor saúde e passa a ser de responsabilidade de outros setores, indo muito além da construção de hábitos de vida saudáveis, contemplando um estado integral de bem-estar (OTTAWA, 1986).

As ações de PS então passaram a buscar a redução das diferenças entre as condições de saúde da população e a garantia de recursos igualitários para o desenvolvimento do mais alto nível de saúde (BRASIL, 2002a). Nesse sentido, a responsabilidade pela PS e o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis passam a ser compartilhados com as comunidades, profissionais da saúde, governos, além da participação intersetorial e interdisciplinar (BRASIL, 2002a). Inclui-se também a reorientação dos modelos de serviços assistenciais e o aperfeiçoamento das habilidades individuais (OLINDA; SILVA, 2007).

No conceito mais atual de PS, os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) ocupam o centro do processo saúde-doença. Por conseguinte, eles assumem centralidade conceitual e operacional para a PS (PEREGRINE FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). Os DSS são descritos como as condições sociais de vida das pessoas em todo o ciclo vital, que geram as desigualdades nas condições dos indivíduos em desenvolver seu potencial de saúde (WHO, 2011). Nessa conotação, saúde e doença estão relacionadas aos determinantes socioeconômicos, políticos, ambientais, culturais e na complexa interrelação entre eles (TAVARES *et al.*, 2016).

Ao pautar-se em uma concepção ampliada de saúde e em seus DSS, a PS busca enfrentar e solucionar problemáticas em saúde por meio da articulação intersetorial, dos saberes populares, do conhecimento técnico, do desenvolvimento de políticas públicas e da mobilização comunitária e institucional. A população torna-se, então, protagonista no processo de concepção de práxis sanitárias, a fim de contrapor as dificuldades e necessidades em saúde (CHIESA *et al.*, 2007).

As atividades que promovem saúde, então, devem ser capazes de intervir nos DSS, como garantia de acesso a bens e serviços, estudo, emprego, renda, alimentação, nutrição e condições sanitárias apropriadas (SALAZAR, 2011). Desse modo, a PS pode ser considerada como um amplo espectro de ações e estratégias para produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, por meio da articulação intra e intersetorial e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), articulando com as redes de proteção social e ampliando o controle social (BRASIL, 2015).

As políticas e tecnologias existentes são vistas, nesse processo, objetivando a diminuição das vulnerabilidades e de riscos relacionados aos DSS, à qualidade de vida e à equidade, respeitando-se a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2015). Nesse sentido, a PS apresenta paradigmas conceituais abrangentes, que perpassam pela compreensão do processo saúde-doença a partir dos DSS, possibilitando, assim, uma grande quantidade de ações e intervenções possíveis, que devem estar organizadas e articuladas de modo a responder às necessidades que se apresentem (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Diante da complexidade que permeia o campo da PS, diversas concepções sobre seu significado podem ser apontadas desde aquela permeada por um ideal humanista, trabalhando no sentido mais global da concepção de saúde, até fundamentações mais pragmáticas, em que a PS surge como uma resposta ao aumento desenfreado da medicalização e suas restrições relacionadas à iatrogenia. Somam-se a isso, a questão econômica dos custos elevados com tratamentos e tecnologias, bem como o fato de as

concepções de PS estarem relacionadas às pessoas, suas culturas e conjunturas em que estão inseridas, o que vem a destacar fortes limitações da saúde pública dentro do contexto político neoliberal (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Em 2009, durante a VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Nairóbi no Quênia, destacou-se a existência de lacunas em relação à implementação das estratégias de PS (WHO, 2009). Na ocasião, foi desvelada a importância de estabelecer competências específicas, revisitando os currículos profissionais da área da saúde, reorientando o entendimento de conceitos e habilidades, fornecendo a base para aperfeiçoar as capacidades em PS, em todos os setores de interesse para a saúde (WHO, 2009).

Ao passo que a PS pode ser considerada como impulsionadora de mudanças nas realidades dos usuários, faz-se necessário profissionais com capacidade crítica e reflexiva para atuar de acordo e em sintonia com essas demandas (TAVARES *et al.*, 2016). Com isso, torna-se essencial que os trabalhadores da saúde tenham uma formação capaz de desenvolver habilidades que auxiliem em reflexões e práticas de PS, baseadas em seus princípios e metodologias de acordo com as situações que se apresentam nos territórios (TAVARES *et al.*, 2016).

Nesse sentido, no contexto das mudanças ocorridas na Saúde Pública, tornou-se perceptível a necessidade de desenvolver novos meios tecnológicos e organizativos para o trabalho em saúde, bem como a execução de novos modelos formativos e de gestão voltados para o desenvolvimento de competências profissionais (TAVARES *et al.*, 2016).

Tais mudanças repercutiram na formação dos profissionais, culminando com a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos universitários, alicerçadas em competências, habilidades e atitudes voltadas às necessidades do SUS (TAVARES *et al.*, 2016).

O conceito de competências envolve diversas compreensões atreladas aos contextos em que se apresentam. No campo da Saúde Pública, alicerça-se em torno das alterações nos perfis epidemiológicos e em relação à consequente mudança nos modelos assistenciais (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

Nesse sentido, o termo competência passou por um processo de evolução, passando de uma orientação comportamentalista/behaviorista, utilizada, sobretudo para a formação técnica, para uma linha dialógica, na qual exibe uma articulação de atribuições e meios relativos à cognição, afeto e psicomotricidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Na essência dialógica, o termo competência está voltado para o desenvolvimento de características ou aptidões dentro das vertentes cognitivas, afetivas e psicomotoras. Estas,

por sua vez, devem se combinar entre si para se moldar a diferentes formas de realizar, de modo satisfatório, as ações necessárias e destinadas a determinadas práxis profissionais. Portanto, é dessa forma que a associação entre esses diferentes fatores poderá corresponder a distintos modelos de exigência para a atuação profissional, proporcionando que os indivíduos criem seu próprio estilo, que seja excelente e eficaz, de acordo com as situações apresentadas (LIMA, 2005).

Para o Ministério da Educação (ME), a integração e o apresto do significado de competência para a formação profissional estão atrelados à relevância de significar a formação profissional de acordo com as necessidades do universo do trabalho, nas exigências do mercado, competitividade e progresso pessoal de acordo com a ordem econômica vigente (MARQUES; EGRY, 2011).

Para o MS, o conceito de competência profissional está relacionado a uma visão crítica e emancipatória direcionada as mais diversas perspectivas da prática profissional, levando em consideração as singularidades quanto aos distintos elementos de produção do cuidado, os contornos organizacionais e meios de inserção no trabalho, e a assistência às demandas de indivíduos, grupos e coletividades (MARQUES; EGRY, 2011).

Nesse sentido, para que os profissionais promovam saúde de modo efetivo, faz-se necessário definir as competências que precisam ser desenvolvidas, considerando as complexidades que envolvem a implementação das políticas públicas em saúde (NETTO; SILVA; RUA, 2016).

Dessa forma, no campo da PS, as Competências em Promoção da Saúde (CPS) podem ser descritas como conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para promover saúde. As principais competências devem ser compreendidas como a base universal para realizar ações em PS (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK *et al.,* 2011). Outros autores destacam que, quando as competências necessárias são aprimoradas, é possível aperfeiçoar conhecimentos, habilidades específicas e fundamentais para a realização de práticas eficientes em PS (BATTEL-KIRK *et al.*, 2009).

Assim, é importante formar profissionais que apresentem habilidades e conhecimentos específicos na área da PS, capazes de traduzir as políticas públicas, conceitos, pesquisas e ações que se efetivem no campo prático, promovendo o desenvolvimento da PS em âmbito mundial (BATTEL-KIRK *et al.*, 2009). A mais, definir as competências também é importante para garantir a qualidade das ações, fornecendo uma base útil para os profissionais, além de desenvolver padrões e tornar a PS um campo especializado (BATTEL-KIRK *et al.*, 2009).

Nos últimos anos, diversos países têm discutido o tema das CPS, a fim de sistematizar e especificar os princípios essenciais e o trabalho relacionado a essa temática (SILVA *et al.,* 2015a). Um dos primeiros movimentos para a identificação e codificação de CPS ocorreu na Austrália, por meio do Centro Australiano para Pesquisa de Promoção da Saúde da Curtin University, em parceria com outras organizações (SHILTON *et al.,* 2001). Outras iniciativas ocorreram na Nova Zelândia (NEW ZEALAND, 2004) na Europa, Canadá e Estados Unidos (SPELLER; SMITH; LYSOBY, 2009; HYNDMAN, 2009).

Em 2008 aconteceu na Universidade Nacional da Irlanda, a Conferência de Galway, que culminou com a elaboração da Declaração do Consenso de Galway. Esse documento objetivou estimular a comunicação e a compreensão entre as entidades internacionais, acerca dos domínios e competências fundamentais, indicadores e mecanismos que garantem a efetividade das ações em PS, praticadas por profissionais (ALLEGRANTE *et al.,* 2009).

Também ocorreu a definição de competências fundamentais para a prática da PS, que se enquadrava em oito domínios: incentivar mudanças, planejamento, implementação, avaliação, liderança, advocacia e parcerias. O mesmo documento apontou para diversas recomendações e ações para garantir o compromisso mundial de melhoria das práticas em PS, como o estímulo ao diálogo acerca das competências, garantia de qualidade, e o avanço da construção de um consenso global sobre as CPS (ALLEGRANTE *et al.,* 2009).

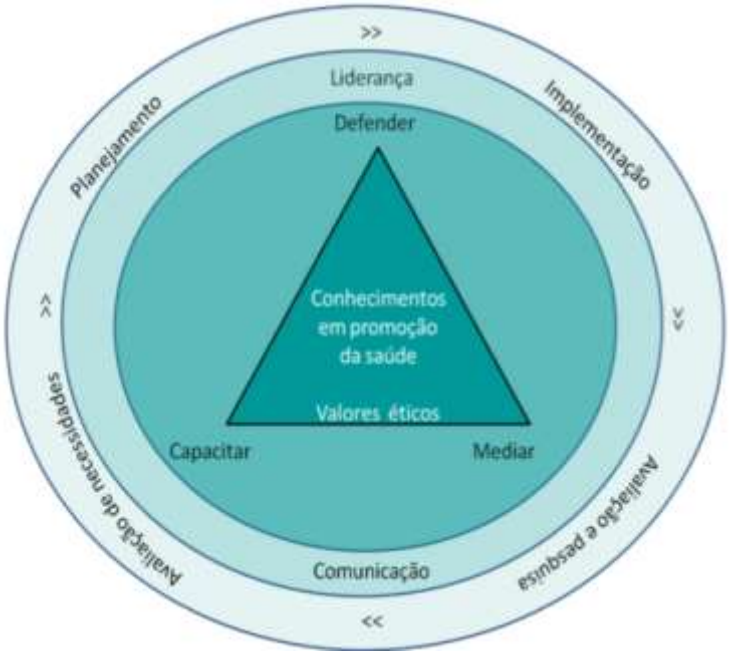
Posteriormente foi construído o projeto "*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*" (CompHP) " (SPELLER *et al.,* 2012). O projeto baseia-se na organização de um consenso fundamentado a partir dos principais interessados em PS na Europa, baseados nos quadros de CPS (DEMPSEY *et al.,* 2011).

A construção dessas competências ocorreu a partir de revisões de literatura de abrangência internacional sobre PS, esboços com resultados de revisões bibliográficas, pareceres entre os parceiros do projeto, inquérito Delphi acerca das competências essenciais construídas por profissionais especializados em PS e de grupos de concentração formado por especialistas de diversas partes da Europa (DEMPSEY *et al.,* 2011). Desse modo, as competências fundamentais do CompHP foram construídas a partir de uma extensa consulta na literatura, levando em consideração os domínios delineados no Consenso de Galway em conjunto com as modificações recomendadas (DEMPSEY *et al.,* 2011).

O CompHP definiu um conjunto de valores éticos subjacentes a todas as ações, que inclui justiça social, equidade e autonomia dos usuários. Além disso, inclui

conhecimentos que servem de base para todas as ações em PS e as habilidades que precisam ser desenvolvidas, presentes em 9 domínios e 49 competências (DEMPSEY *et al.*, 2011). Os domínios de competências presentes no CompHP são: (1) Liderança, (2) Diagnóstico, (3) Planejamento, (4) Implementação, (5) Avaliação e pesquisa, (6) Advocacia para a Saúde, (7) Comunicação, (8) Possibilidade de Mudanças e (9) Mediação Através de Parcerias, conforme figura 1. (DEMPSEY *et al.*, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2015).

Figura 01 – Ilustração do Quadro de Competências CompHP



Fonte: Dempsey *et al.*, (2011).

Esses domínios lidam com a especificidade das ações em PS, com suas competências relacionadas em articulação com as habilidades necessárias (DEMPSEY *et al.*, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2015). Os domínios e competências em PS são descritos no Apêndice A, conforme Dempsey *et al.* (2011).

Xavier *et al.* (2019), ao realizarem uma revisão integrativa, desvelaram a escassez de pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de competências profissionais em relação à PS, contemplando como oportuno o desenvolvimento de estudos relacionados.

Na realidade brasileira, as literaturas a respeito das CPS, na formação profissional, mostraram-se escassas (PINHEIRO *et al.*, 2015), existindo alguns avanços tratados de forma restrita a algumas práticas profissionais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2015).

Em outra revisão integrativa, Silva *et al.* (2015a) destacam que não existem modelos de CPS criados especificamente para a realidade brasileira. Contudo, os trabalhos analisados traziam, de forma direta ou indireta, os consensos internacionais Galway e CompHP. Nesse sentido, no cenário brasileiro, não há um padrão para as competências em PS.

Apesar disso, estudos apontam que os modelos de formação profissional brasileiros podem ser bastante beneficiados com a proposta de CPS presente no CompHP (PINHEIRO *et al.,* 2015; DIAS; GAMA, 2016), evidenciando, inclusive, como instrumentos vantajosos para a capacitação profissional em PS no contexto mundial (BATTEL-KIRK; BARRY, 2013).

Os conteúdos presentes no CompH têm sido usados para pesquisas no Brasil, em especial, pelas equipes vinculadas à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e pela *The Latin American Office/Internation Union Health Promotionand Education* (ORLA/IUHPE). A elucidação de competências voltadas para o ensino e para a prática profissional em PS constitui-se em um importante avanço com vistas a fortalecer esse espaço de conhecimento (PINHEIRO *et al.*, 2015).

A mais, autores indicam a importância de reorientar a formação profissional em direção à aquisição de competências, em especial, a partir de modelos de CPS, com destaque para o referencial CompHP, enquanto norteador para a formação dos trabalhadores em saúde (XAVIER *et al.*, 2019).

No contexto de formação dos trabalhadores em saúde no Brasil, a partir da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se realizar mudanças no modelo assistencial, com ênfase para ações preventivas, de promoção, recuperação e reabilitação, no sentido da integralidade da assistência (BRASIL, 1990).

Cumpre destacar que a PS é uma das prioridades do Pacto pela Vida, na busca por desenvolver uma aproximação global do processo saúde-doença, com vistas a enfrentar os problemas relacionados aos DSS. Além disso, deve estar em constante diálogo entre as áreas que compõem o setor sanitário e os demais setores da sociedade civil e do setor governamental, para que sejam coparticipantes e corresponsáveis pelo cuidado com a vida (BRASIL, 2006a).

A partir da legislação do SUS, das Conferências Nacionais e Internacionais e discussões voltadas a esse sentido (EVANGELISTA *et al.*, 2016), o MS instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela portaria 687 de 30, de março de 2006 e reformulada em novembro de 2014. Esta objetiva promover a equidade e expandir as

potencialidades de saúde individuais e coletivas, na busca por melhorar as condições e modos de viver dos indivíduos (BRASIL, 2014a).

A partir da PNPS, o Estado brasileiro reafirmou seu compromisso de ampliar e qualificar as ações em PS no contexto dos serviços e gestão do SUS (BRASIL, 2014a). Para isso, a PNPS traz, como duas de suas diretrizes, o apoio à formação e à Educação Permanente em Saúde (EPS) em PS e a incorporação das intervenções de PS, especialmente no cotidiano dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Apesar desses avanços, a PNPS não traz, de modo explícito, a maneira pela qual será realizada a qualificação desses trabalhadores e nem como serão desenvolvidas as habilidades profissionais (PINHEIRO *et al.*, 2015). Além disso, a formação inicial dos trabalhadores da área da saúde, em geral, apresenta desafios em prepará-los para realizar ações de PS, em que ainda predomina um enfoque biologicista (CHIESA *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2010).

Os profissionais, muitas vezes, têm poucos momentos oportunos para ampliar capacidades para atuar em PS, haja vista que as experiências são raras e pontuais nos locais de ensino-aprendizado. Os autores ainda apontam para os escassos debates teórico-conceituais desse tema entre acadêmicos, profissionais, docentes e usuários (SILVA *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, a EPS busca a problematização e o debate de ideias, com vistas a transformar informação em aprendizado significativo, contribuindo para a formação de grupos coletivos, capazes de se desenvolverem por meio de si e dos demais ao seu redor. Por isso, uma política de EPS deve contribuir para a articulação de diferentes atores, com posição de protagonistas na condução dos serviços (CECCIM; FERLA, 2008).

Assim, a formação e o aperfeiçoamento de recursos humanos para condução das políticas públicas precisam ser desenvolvidos de forma concomitante (VARGAS *et al.*, 2016). A EPS, portanto, é uma estratégia essencial para a efetivação da política de saúde no cotidiano dos serviços, bem como para a valorização dos trabalhadores do SUS (ZAPATKA *et al.*, 2014).

Uma importante estratégia de EPS consiste nas RMSFC, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, que tem como finalidade promover mudanças na formação profissional. Além disso, busca o desenvolvimento de competências centradas nas necessidades de saúde, configuração de práticas de saúde orientadas para a realidade do SUS, atuação interprofissional e institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA *et al.*, 2015b; ZAPATKA *et al.*, 2014).

Em se tratando da Saúde da Família, as RMSFC são destacadas como de grande relevância, visto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um campo permeado por desafios complexos, exigindo dos profissionais competências diferenciadas. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de uma formação voltada para a realidade, objetivando desenvolver habilidades e atitudes, além de conhecimentos sólidos e vivências que orientem e transformem o cotidiano dos serviços (ARRUDA, 2015).

No Ceará, destaca-se a RMSFC da ESP/CE, que, por meio da educação pelo trabalho, prepara os residentes para a realidade do SUS na perspectiva da interprofissionalidade, intersetorialidade e integralidade (BARRETO; TÚLIO, 2014; CEARÁ, 2014a). Assim, pode-se afirmar que a RMSFC da ESP/CE se apresenta como uma importante e potente estratégia para a formação de profissionais. Durante o seu curso, promove um diálogo intrínseco com as necessidades do SUS, além de contribuir com a efetivação da PS como política (ARRUDA, 2015).

Apesar disso, algumas inquietações tornaram-se presentes: Como as CPS estão sendo desenvolvidas no contexto das RMSFC? Como as CPS são trabalhadas em relação ao processo formativo e ao diálogo entre ensino e serviço? As competências consideradas no processo formativo apresentam alguma relação com o referencial do CompHP? De que forma se operacionaliza a temática da PS no processo de ensino-aprendizagem? Quais ações e serviços relacionados à PS estão sendo desenvolvidos no contexto das RMSFC?

1.3 Justificativa e relevância

De acordo com Silva *et al.*, (2009), existe uma necessidade de efetivar a noção de saúde-doença de forma ampliada, trazendo à luz a PS em contraste à formação e atuação profissional de natureza separatista. Para que os serviços consigam promover saúde, é importante a construção de políticas públicas intersetoriais com inclusão social, formação de cidadãos, produção de ações e serviços em saúde, equidade e qualidade de vida.

A construção do SUS está sendo efetivada em uma realidade cujos profissionais envolvidos ainda precisam de aperfeiçoamento constante para melhor cumprir suas tarefas. Por conseguinte, o cuidado tende a reproduzir as práticas hegemônicas, em um esquema de queixas-condutas (FEUERWERKE, 2005). Por isso, são necessárias novas tecnologias, para a organização dos serviços e inovações nas práticas de saúde em relação à atuação das equipes. Sem essas ações, as singularidades e subjetividades que envolvem os processos de viver e

adoecer ficam em segundo plano, restringindo a atuação profissional a repetir o repertório de ações vigentes (FEUERWERKE, 2005).

Cumpre destacar que a APS, vista como prioridade para a orientação dos serviços de saúde no Brasil, com destaque para as ações de PS, possibilita serviços capazes de promover as mudanças necessárias, de acordo com os conceitos trazidos pela Reforma Sanitária Brasileira (SILVA *et al.,* 2009).

Um estudo de Sasaki e Ribeiro (2013) desvelou avanços em relação à OS, porém mostrou a persistência de limitações quanto à sua efetivação na prática da ESF: persistência no ideário dos profissionais do conceito de PS limitado à prevenção de doenças; a estrutura dos serviços em torno de temas compactados, reservados a grupos de risco, com foco na cura das doenças e prevenção de agravos; excesso de demanda, serviços burocratizados e exigências por maior produtividade.

Os autores ainda enfatizam a necessidade de reconsiderar a estruturação do trabalho, para que haja a garantia do cuidado clínico adequado e para que, ao mesmo tempo, exista espaço para ações de PS. Além disso, há a necessidade de desenvolver estratégias pautadas no trabalho interdisciplinar e intersetorial, o apoio matricial, o desenvolvimento de políticas públicas e o fortalecimento do apoio aos profissionais de saúde, para que esses atores sejam capazes de produzir as mudanças necessárias (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

Outro estudo desvelou que os profissionais da saúde de uma ESF compreendem a PS enquanto terapêutica de doenças e ações de prevenção de acordo com os programas do MS. Nesse sentido, evidenciam a necessidade de um processo de capacitação profissional em relação às práticas de PS, que devem ser intersetoriais e multidisciplinares. Além disso, essas ações devem ter em vista estabelecer uma visão além do conceito de ausência de doenças, colocando os usuários como agentes ativos das ações de PS (LOPES *et al.,* 2013).

Tavares *et al.* (2016) destacam que persistem obstáculos em relação à efetivação das práticas em PS, necessitando de discussões sobre as formações profissionais *lato* e *stricto sensu,* graduação e nível técnico. Essas formações, por sua vez, devem ser feitas com base em problemas locais, com fomento à produção científica, para aperfeiçoar os processos de formação. Os mesmos autores assinalam que as CPS são um importante instrumento para o desenvolvimento da PS, em especial no que concerne à formação profissional. Nesse sentido, o desenvolvimento das CPS, junto aos profissionais da saúde, proporciona a valorização dos aspectos socioculturais dos usuários, além da atuação em serviço e o contexto das políticas públicas existentes.

Outro estudo realizado com 15 profissionais e dois gestores implementadores do Programa Saúde na Escola (PSE), do Distrito Federal, que analisou a presença de domínios de competências em PS do CompHP, identificou a necessidade de acrescer o entendimento sobre os domínios e a própria PS, além de ser observada a necessidade de capacitações voltadas para a PS, com o uso de métodos multidisciplinares e participativos, para que os profissionais possam desempenhar a PS de modo eficaz (TUSSET *et al.*, 2015).

Uma revisão sistemática da literatura realizada para especificar as CPS desenvolvidas nos enfermeiros, em relação ao cuidado com idosos no domicílio, concluiu que todas as CPS do CompHP estiveram presentes, sendo a comunicação, avaliação e pesquisa como os mais prevalentes, mostrando-se relevantes para a construção de uma prática eficiente e qualificada (LEANDRO *et al.*, 2019).

Outra pesquisa realizada a partir do referencial CompHP revelou que os profissionais da ESF desconhecem a existência dessa proposta, sendo importante a inclusão de discussões sobre as CPS no processo formativo dos profissionais (SOBRAL *et al.*, 2018).

Em relação aos domínios das competências presentes no CompHP, o estudo identificou nas falas dos profissionais da ESF: liderança, comunicação, diagnóstico e advocacia em saúde, vinculados por meio de suas práticas e conhecimentos. Os autores ainda chamam atenção para que esses domínios sejam consolidados, além da necessidade de se desenvolver os demais domínios presentes no CompHP (SOBRAL *et al.*, 2018).

Pinheiro *et al.*, (2015) ressaltam que, a partir da análise dos preceitos do CompHP, é possível refletir elementos da formação e exercício da PS na realidade europeia. Contudo, os padrões de formação brasileira podem ser aperfeiçoados a partir das competências do CompHP.

Outro artigo trouxe como uma de suas conclusões a importância de desenvolver estudos que tragam as CPS no contexto docente, tendo em vista que o ensino em saúde é um processo em constante construção, com destaque para a função desses atores nos modelos de currículo e na qualificação dos profissionais da saúde (TAVARES *et al.*, 2016).

Silva *et al.* (2018a), em uma pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem, desvelaram fragilidades quanto à formação desses alunos em relação às CPS, sendo considerada, ainda, como um importante desafio para a enfermagem, a execução e o reconhecimento das CPS nos cursos de formação em saúde.

Outro estudo realizado com quinze egressos de um curso de graduação em enfermagem de Minas Gerais mostrou que o contato do aluno com o cotidiano da prática profissional e a participação em programas de extensão e pesquisa favoreceram o

desenvolvimento de CPS e, consequentemente, permitiram mudanças relacionadas aos modelos assistenciais (NETTO; SILVA; RUA, 2016).

Também em Minas gerais, um estudo de caso – que analisou o Projeto Pedagógico de um curso de enfermagem e o discurso de egressos e docentes do referido curso, com vistas a investigar a práxis profissional reflexiva para o desenvolvimento de CPS – verificou que o currículo apresenta características que facilitam o aprendizado a partir da experiência e reflexão, auxiliando na construção de CPS (NETTO; SILVA, 2018).

Outro constructo – o qual buscou investigar a visão dos docentes a respeito de um curso de graduação em enfermagem sobre os domínios do CompHP e como estes fazem parte de suas vivências – desvelou divergências entre os conhecimentos e práticas, demonstrando fragilidades com relação a subsídios teóricos relacionados à temática, o que pode ter relação direta com a formação desses profissionais em relação às CPS (DIAS *et al.*, 2018).

Netto, Silva e Rua (2016) destacam que desenvolver CPS é algo que se aprende pondo os conhecimentos em prática, no cotidiano, na presença dos alunos em serviço. Esse aprendizado é favorecido por meio da proximidade entre discentes e usuários, além de desenvolver criticidade e processos reflexivos. Os mesmos autores sugerem a realização de novos estudos, em cenários diferenciados em relação às CPS, para a realização de comparações entre diferentes contextos.

Silva *et al.* (2018a) referem que processos formativos, os quais levam em consideração os domínios de competências, são capazes de desenvolver nos profissionais a capacidade de realizar ações em PS de modo mais efetivo, sendo positivos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Ao levar em consideração as CPS, especialmente tomando-se como base o referencial CompHP, os acadêmicos passam a apresentar diferenciais em sua atuação em PS. Destaca-se ainda que reconhecer os referenciais do CompHP como referencial teórico para as CPS persiste como desafio para os cursos de graduação e EPS. (SILVA *et al.*, 2018).

A partir do referencial CompHP, é possível descrever as competências para os profissionais que promovem saúde como um padrão para guiar as formações profissionais, além da possibilidade de incrementar as diretrizes curriculares para os cursos da saúde. A partir disso, seria possível superar um importante problema ainda presente na formação para a prática em PS: a ausência de uma definição precisa em relação às habilidades profissionais necessárias para promover saúde (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Compreender o processo formativo da RMSFC como estratégia de qualificação dos profissionais de saúde e entender as dificuldades que possam existir no cotidiano da ESF

em estabelecer ações e serviços pautados na PS também são motivações para este estudo. Além disso, analisar o programa RMSFC da ESP/CE, enquanto estratégia de EPS, é uma valiosa ferramenta para identificar como as ações de PS se configuram nesse espaço de pós-graduação. Isso também possibilitará compreender e refletir sobre o desenvolvimento dos participantes desse processo e sobre as competências para atuarem nos serviços de saúde.

Diante dessas considerações, acredita-se que o estudo da realidade cotidiana de uma RMSFC é importante para promover essa análise das CPS que estão sendo desenvolvidas no contexto formativo dos profissionais do SUS, permitindo uma discussão mais ampla desse modelo de formação. Desse modo, busca-se contribuir para um entendimento da qualificação dos profissionais com vistas a atuar na ESF. Além disso, espera-se que este estudo possa desencadear um processo de reflexão em relação à PS no contexto da ESF.

2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

A educação dos profissionais de saúde tem sido pauta de várias discussões em todo o mundo. Com efeito, emerge de uma necessidade crescente de se adequar às novas demandas do setor saúde, tais como o envelhecimento populacional, com consequente sobreposição das doenças crônicas não transmissíveis, além de um conceito de saúde e doença mais amplo (COSTA *et al.*, 2014).

Nos modelos de ensino tradicionais, as formações são compartimentadas, representando um importante obstáculo para a troca de saberes e práticas. Não obstante, verifica-se a necessidade de realizar mudanças que sejam capazes de assegurar as competências contextualizadas com as reais necessidades de saúde dos territórios. Nesse ínterim, o trabalho em equipe começa a ganhar espaço, partindo do princípio de que, para tornar o serviço resolutivo, faz-se necessário superar a atuação uniprofissional e compartimentalizada (COSTA *et al.*, 2014).

A Educação Interprofissional (EIP) surge como estratégia para superar essa formação profissional tradicional. No sentido da palavra, o termo interprofissional se refere a uma parceria realizada entre membros de diferentes profissões, que trabalham de forma colaborativa para atingir um objetivo comum. A experiência de cada componente é adicionada, em uma esfera de compartilhamento e respeito mútuos, levando em consideração as competências de cada um (MACLNTOSHA; MCCORMACKB, 2001).

Nesse sentido, a EIP ocorre quando dois ou mais estudantes, de profissões diferentes, aprendem em conjunto, com vistas a permitir uma colaboração eficiente. A partir do momento em que esses alunos aprendem a trabalhar de modo interprofissional, estarão mais preparados para atuar no cotidiano dos serviços enquanto componentes de uma equipe de trabalho (WHO, 2010).

Costa *et al.* (2014) ressaltam que o modelo de formação que ainda predomina nas Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras incentiva a cultura dos silos profissionais, em que indivíduos se formam separadamente, para atuarem também de forma separada, com visões referentes apenas a determinada profissão, o que é negativo para um trabalho em equipe eficaz.

Desde a década de 1960, a Organização Pan-Americana da Saúde já mencionava a emergente necessidade em relação a alterações nos padrões formativos dos profissionais da área da saúde. Como efeito, em 1973 foi acordado com o Brasil que houvesse uma maior

integração entre o sistema de saúde e a formação profissional, além de ser estimulado o ensino interprofissional como meio de promover as práticas colaborativas (BARR, 2015).

A formação de recursos humanos foi um dos temas que permeou o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, apontando para a necessidade de mudanças nas graduações, bem como para a integração entre ensino e serviço (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). A Constituição de 1988 (BRASIL, 2002b) e a implantação do SUS (BRASIL, 1990), enquanto importante conquista social, trouxeram os princípios de acesso universal, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização e participação popular. Além disso, a formulação e execução de políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde tornou-se uma das competências do SUS. Esses preceitos têm em vista a construção de uma nova forma de produzir saúde, além de trazer especificidades em relação à formação dos profissionais (MADRUGA *et al.*, 2015).

Dessa forma, a EIP passa a ganhar força no Brasil quando se mostra em consonância com os princípios do SUS, tornando-se relevante formar profissionais com uma maior capacidade para o trabalho colaborativo. Nesse contexto, busca-se a efetivação de um cuidado integral, com equidade e resolução das demandas apresentadas, em que as necessidades dos usuários se tornam centrais na assistência à saúde (BARR, 2015). A partir da formação interprofissional, busca-se ir além dos modelos predominantes de educação, que são considerados insuficientes frente às necessidades complexas de saúde e aos desafios presentes para a consolidação do SUS (CÂMARA *et al.*, 2016).

Destaca-se que estudos apontam que a estratégia de EIP apresenta potencial para conduzir os sistemas de saúde, passando de um modelo fragmentado para uma posição de integralidade. Equipes interprofissionais de saúde são mais capacitadas para compreender a melhor forma de aperfeiçoar as habilidades individuais de cada membro, gerenciar casos de modo mais efetivo e prestar serviços de saúde aos usuários e à comunidade com mais eficiência. Nesse sentido, a implicação desses serviços consiste na melhoria dos resultados de saúde (WHO, 2010).

Outro aspecto importante diz respeito às práticas colaborativas que são evidenciadas nos Programas de RMS. Barr (2015) ressalta que as práticas colaborativas ocorrem quando profissionais de diferentes formações realizam serviços com mais integralidade, abrangendo usuários, seus familiares, cuidadores e as comunidades, com vistas a oferecer um atendimento com mais qualidade. Nesse aspecto, a interprofissionalidade e o trabalho colaborativo tornam-se importantes para responder aos desafios presentes nos locais de saúde e para contribuir com o fortalecimento dos serviços (BARR, 2015).

Para que a prática colaborativa seja efetivada, os profissionais com formações distintas devem, primordialmente, ter oportunidade de aprender consigo mesmo e entre si. Por isso, a educação interprofissional é de grande valia para desenvolver trabalhadores de saúde preparados para a prática colaborativa – em que eles possam executar suas funções enquanto integrantes de uma equipe – e para fornecer serviços integralizados em um amplo conjunto de ações de saúde (BARR, 2015).

Com vistas a produzir mudanças na formação em saúde, foram apresentadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde, a serem usadas na organização dos currículos das IES em todo o território nacional (BRASIL, 2001a). Nesse sentido, as DCN orientam que os discentes da área da saúde devem ter formação generalista, crítico-reflexiva e humanizada. Além disso, os profissionais devem ter capacidades para atuar com ética, nos diversos níveis de atenção, cabendo realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c; 2002c; 2002d; 2002e; 2004a). Todas essas atuações devem ocorrer pautadas na integralidade da assistência, na responsabilidade social e na cidadania, com vistas a promover a saúde dos indivíduos (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c; 2002c; 2002d; 2002e; 2004a).

Uma das iniciativas para a consolidação das DCN foi o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Esse programa buscou incentivar transformações que impactassem a formação profissional, desenvolver novos conhecimentos e contribuição às comunidades por meio da prestação de serviços (BRASIL, 2002e). Nesse contexto, outras políticas indutoras desse processo foram propostas, com vistas a superarem os limites presentes na formação das iniciativas anteriormente apresentadas, além de buscarem fortalecer a formação generalista estabelecida pelas DCN (CÂMARA, 2015).

Entre essas iniciativas, houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cuja função consiste em elaborar políticas no campo da gestão do trabalho e da educação, para o desenvolvimento adequado do SUS. A SGTES é criada com o desafio de assumir atribuições estratégicas com relação às diretrizes intersetoriais para o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) (PIERANTONI *et al.*, 2008). Nessa esteira, destaca-se que a SGTES desvelou novas diretrizes para a construção de políticas para formação e EPS (CUERVO; RADKE; RIEGEL, 2015).

Para a consolidação da EPS, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), inicialmente, a partir da Portaria GM/MS nº 198 e posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007). Esta, por sua vez,

busca o enfrentamento das desigualdades regionais, além de complementar as necessidades formativas, evolução para o trabalho em saúde e ofertas de ações de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a PNEPS foi constituída como estratégia para a melhoria e qualificação profissional. Para a implantação dessa política, foram necessárias articulações entre os sistemas de saúde e as instituições de ensino, aliando o desenvolvimento singular e organizacional, por meio da relação serviço-gestão e entre atenção à saúde e o controle social. (BRASIL, 2007).

A partir da necessidade de interação entre os segmentos necessários para a EPS, surge o conceito de Quadrilátero da Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM, 2005). A imagem dimensionada, a partir desse quadrilátero de formação, seria essencial para construir a integração entre as gestões da educação na saúde e do sistema de saúde, modificando o desenho do trabalho no sentido de gestão e cuidado em saúde, com valorização do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para melhor entendimento desse assunto, Ceccim (2004, p. 116) cita questões analisadoras para se pensar a EPS, em relação aos componentes do Quadrilátero da Formação em saúde:

> a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
> b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
> c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
> d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Essas quatro vertentes servem para construção e organização de uma nova forma de gerir a educação na saúde, com vistas a integrar a gestão dos sistemas, apontando para um novo dimensionamento da representação dos serviços enquanto gestão e atenção à saúde, com valorização do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Com relação a esses termos descritos no quadrilátero, pode-se dizer que são necessários para a valorização das especificidades locais e para o aperfeiçoamento das potencialidades e dos atributos manifestos. Trata-se também de uma maneira de favorecer e

consolidar a aprendizagem significativa, em que há o despertar da capacidade crítica, originando novos sentidos, a partir de um processo de autoanálise e autogestão (CECCIM, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EPS também é uma importante ferramenta para capacitar profissionais para o trabalho colaborativo. Nesse sentido, a EPS pode ocorrer em serviço, quando ela leva em consideração os recursos para a formação em um processo de mudanças institucionais (CECCIM, 2005). Pode equivaler-se à Educação Continuada (EC), quando se relaciona à construção direta de representações institucionais e a investimentos de carreiras por serviço, dadas as especificidades de tempo e lugar. Ainda, a EPS pode estar correlacionada à Educação Formal de Profissionais, quando se apresenta permeável à diversidade de realidades e vivências profissionais, constituindo alianças de projetos integralizados entre o trabalho e o ensino (CECCIM, 2005).

A EPS pode ser considerada essencial para o processo de reestruturação nas práticas de atenção, gestão, formação e elaboração de políticas e controle social. Diante disso, deve ser pautada em ações intersetoriais, junto ao setor educacional, com mudanças nos processos das graduações e pós-graduações de acordo com as necessidades e direitos das populações, e das ações e serviços de saúde com universalidade e equidade (CECCIM, 2005).

A mais, a EPS deve estar associada à descentralização, possibilitando que as ações e serviços sejam realizados levando-se em consideração as características e necessidades de saúde. Nesse sentido, a aprendizagem na EPS deve ocorrer na direção da reconstrução e do envolvimento dos saberes e na reflexão de práticas e medidas de enfrentamento. Para tanto, a EPS necessita de profissionais e serviços que se disponham a aprender e mudar suas ações de acordo com as necessidades identificadas, por meio de diagnósticos situacionais e do planejamento participativo, na busca de redirecionar os serviços e, assim, transformar as realidades locais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Diversas iniciativas podem ser consideradas como um importante esforço dos profissionais em saúde, das IES, Estado, sociedade e gestores em saúde, para a melhoria de processos educativos, para uma formação mais ampliada (COSTA *et al.*,2014). Entre elas, merecem destaque o Projeto de Vivências de Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) (BRASIL, 2004b); o AprenderSUS (BRASIL, 2004c); o Curso de Especialização em Ativação de Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais (FIOCRUZ, 2005); o Ensina SUS (KOIFMAN; HENRIQUES, 2007); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005a); o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) (HORTALE *et al.*, 2015) e as Residências Multiprofissionais em

Saúde (RMS). Nessa perspectiva, as RMS surgem como importante estratégia transformadora, ao passo que aliam processo de formação, ações e práticas pedagógicas, instituições de formação e o dia a dia dos serviços de saúde (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018). Promulgada em 2005 pela Lei n° 11.129, as RMS foram instituídas para o ensino superior não médico na área da saúde. Esse é um programa para estabelecer a inserção de profissionais no SUS, especialmente para o fortalecimento da APS, por meio da cooperação intersetorial (BRASIL, 2005b).

Em 2009, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 passou a dispor sobre as RMS e instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009). Nesse processo, o programa passou a abranger as categorias profissionais de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2009).

Com duração de dois anos, os programas RMS, em geral, acolhem estudantes recém-graduados. Ao serem inseridos na residência, os estudantes iniciam o exercício das práticas assistenciais com supervisão de docentes e preceptores. Trata-se de uma atividade remunerada, tendo em vista que os profissionais recebem bolsas de estudos custeadas pelo MS, exercem carga horária de 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva, desenvolvendo atividades teóricas e práticas (BRASIL, 2009).

As RMS devem ser orientadas segundo os princípios e diretrizes do SUS, de acordo com necessidades e as condicionalidades locorregionais. Em seus eixos norteadores, merecem destaque: o respeito às diversidades, com a visão de que os usuários devem ser considerados atores sociais corresponsáveis por sua saúde; abordagens pedagógicas em que os residentes são sujeitos ativos do processo de ensino aprendizagem e do trabalho; estratégias pedagógicas que favoreçam a formação integral, baseada na interdisciplinaridade; integração ensino-serviço-comunidade, com pactuações entre os programas com os gestores, trabalhadores e usuários; e consolidação da EPS, por meio da conexão de saberes e práticas, desenvolvendo competências compartilhadas de trabalho e de gestão (BRASIL, 2009).

As RMS, com ênfase na Saúde da Família, foram concebidas a partir da amplificação da ESF enquanto reorganizadora da APS. Assim, foi dado mais destaque para a saúde familiar e coletiva, com vistas à cura e reabilitação de doenças e a PS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Como resultados, as RMS já alcançaram potenciais de mudanças, como o desenvolvimento de ações de responsabilização das equipes sobre o cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde. Isso evidencia a importância da construção de planos de cuidado que favorecem o trabalho em equipe – enquanto oportunidade de integração e aprendizado – e a colaboração interprofissional (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Um estudo sobre a avaliação da associação entre qualificação dos médicos e enfermeiros em APS e qualidade da atenção revelou que os profissionais que passaram pela RMSFC apresentaram maior desempenho dos atributos da APS. Além disso, as RMSFC apresentaram potencial para transformar o modelo de atenção, em que as ações e serviços são aprendidas dentro do contexto real da ESF (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

Já para Nascimento e Oliveira (2010), a construção do perfil de competências dos residentes da RMSFC evidencia que a formação em um contexto ampliado ainda se faz necessária. Contudo, a imersão pelo trabalho proporcionado por esse programa demonstra pressupostos que são capazes de transformar as práticas e os modelos de atenção à saúde, tendo em vista o aprendizado e as vivências no cotidiano real dos serviços.

Cumpre destacar que os Movimentos Nacionais de Residentes têm realizado uma crescente mobilização em defesa do SUS, com vistas à superação das dificuldades evidenciadas nos processos de capacitação, em relação às demandas assistenciais e à formação profissional (ROSA; LOPES, 2010).

Contudo, no Brasil, persiste um cenário de grandes disparidades regionais e locais, principalmente em relação à formação dos profissionais de saúde. Outros fatores a serem considerados referem-se às questões relacionadas ao mercado de trabalho (contratação profissional, formação, capacitação e acesso a EPS), além da necessidade de superar os problemas relativos às políticas sociais relacionadas ao controle social e à participação popular (ROSA; LOPES, 2010).

Dessa forma, ao se realizar uma análise documental e histórica acerca dos programas de pós-graduações brasileiras, tem-se evidenciado a ausência de políticas públicas que legitimem a importância desses programas. Ao passo que as RMS são uma estratégia recente, em relação às inovações políticas, para consolidar o atual sistema de saúde, ainda permanece o desafio de ultrapassar as questões político-clientelísticas presentes no país (ROSA; LOPES, 2010).

Ao evidenciar a PNPS como necessária para resolver algumas problemáticas de saúde do país (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014), é preciso compreender o

eixo operacional de educação e formação presentes nessa política, o incentivo à educação e formação permanente. Tal eixo deve ser pautado em processos reflexivos, dialógicos e emancipadores (BRASIL, 2015).

Assim, é importante compreender como a PS se insere nos processos formativos das RMS, dada a sua capacidade de transformação da formação discente, haja vista que ela é capaz de promover reflexões sobre a necessidade de mudanças paradigmáticas que envolvem os serviços e as próprias instituições de ensino. Nesse sentido, as RMS têm o potencial para alterações nos modelos de atenção e práticas profissionais, a partir da aprendizagem em loco na ESF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Nascimento e Oliveira (2010) desvelaram que as RMSFC são capazes de desenvolver competências em PS, tais como compreender os conceitos, realizar ações de promoção e educação em saúde, impulsionar a autonomia dos usuários e o desenvolvimento da cidadania. Os autores ainda destacam a necessidade da interdisciplinaridade e de ações pautadas na integralidade e resolutividade como essenciais para enfrentar os determinantes e condicionantes sociais dos processos de adoecimento (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Evangelista *et al.* (2016) descreveram o percurso das ações de PS na RMS no município de Brejo Santo, nas ênfases de saúde da família, mental e coletiva. O estudo evidenciou que os residentes planejam as ações de PS a partir de um diagnóstico situacional das comunidades. Além disso, esse planejamento se dá de forma participava entre profissionais e usuários, com momentos específicos para planejar.

Nesse mesmo estudo, as ações de PS evidenciadas nos processos formativos consistem na inserção de grupos educativos e terapêuticos, nas visitas domiciliárias, consultas individuais, na perspectiva de que todos os momentos são usados para promover saúde. Ainda foram citadas Salas de Situação em Saúde (SDSS) e as oficinas de territorialização que promoveram uma integração com a população e os demais setores, além de aproximar os residentes das realidades dos territórios (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

A mais, foi descrito o percurso das ações em PS a partir do CompHP, desvelando que elas cumprem uma sequência lógica, de acordo com as CPS, de diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação e pesquisa. Contudo, os autores perceberam que essas etapas necessitam ser mais bem investigadas e discutidas com preceptores, tutores e demais profissionais para que sejam aprimoradas em um processo de reflexão crítica. Além disso, o estudo apresentou o referencial CompHP como um importante marco para a formação profissional em PS, expondo as competências necessárias ao desenvolvimento de ações em PS (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Outro estudo apontou para a experiência dos residentes em relação ao desenvolvimento de grupos de educação em saúde na ESF. Esses profissionais tinham como perspectiva ir além da prevenção das doenças, objetivando desenvolver grupos realmente promotores de saúde (ANDRADE; AMORIM; NATAL, 2016).

Gadelha e Barreto (2018) realizaram uma análise da percepção dos atores envolvidos na RMSFC da ESP/CE (gestores, profissionais da ESF, preceptores e residentes) sobre a contribuição do programa no fortalecimento da ESF. Nesse artigo, os autores destacaram a consolidação dos princípios da ESF dentro das realidades dos municípios, a partir da sua formação política e pedagógica, que gera a compreensão e a mobilização dos residentes e seus preceptores, na superação dos desafios encontrados.

A partir do trabalho, da mobilização dos atores envolvidos, das articulações extramuros e da atuação em rede com outras políticas públicas, os participantes do estudo ainda apontaram para a capacidade de gerar mudanças na integração dos profissionais com o serviço. A mais, destacaram o potencial do programa em realizar a capacitação profissional e formação de preceptorias, capazes de contribuir para o acesso, a integralidade das ações, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (GADELHA; BARRETO, 2018).

Apesar desses estudos, a literatura mostrou-se escassa quando se trata da inserção da PS no processo formativo da RMS. Cabe destacar ainda que novas pesquisas são necessárias para compreender se essas inovações no modelo educacional estão tendo realmente a capacidade de contribuir para o aperfeiçoamento da formação profissional no contexto da EPS ou se são apenas mais uma das muitas estratégias de estruturação dos serviços, que exibe uma proposta de um trabalho para um campo profissional já envolto em diversas atribuições (ROSA; LOPES, 2010).

Mesmo diante dos desafios que a operacionalização das RMS enfrenta, tanto em relação às políticas públicas quanto às áreas de educação em saúde, é inegável que esses programas são capazes de aproximar os alunos da EIP. Ambos buscam a transformação da forma como as práticas de saúde são desenvolvidas, com a realização de cuidados mais adequados de acordo com a realidade de saúde das comunidades (MIRANDA NETO, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos residentes, preceptores e tutores acerca das Competências de Promoção da Saúde desenvolvidas durante o processo formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no estado do Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas durante a formação enquanto residentes;
- Identificar as competências em Promoção da Saúde que estão sendo desenvolvidas nos profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará;
- Analisar as potencialidades e desafios para a efetivação das ações de Promoção da Saúde nos serviços em que os residentes atuam em diálogo com as competências de Promoção da Saúde.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Para compreender a percepção dos residentes e preceptores sobre como as CPS estão sendo desenvolvidas nos profissionais dentro do contexto de um programa de RMSFC, se faz necessário adentrar na realidade dos atores que vivenciam esse processo de formação. Ademais, as diversas CPS podem estar sendo desenvolvidas sem que os próprios educandos percebam isso, até porque ainda existe a necessidade de uma definição clara e precisa de quais são as competências consideradas necessárias para se promover saúde no Brasil (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Para entender como a PS está inserida em um ambiente de formação tão complexo quanto o das RMSFC, faz-se necessário perceber como os indivíduos envolvidos experenciam e vivenciam a PS durante o período de formação. Optou-se então pela pesquisa qualitativa, que, assim como aponta Yin (2016), é capaz de evidenciar as percepções dos participantes, pois o sentido, os eventos e convicções podem abranger significações, conceitos e eventos reais, os quais os indivíduos vivenciaram.

Além disso, a pesquisa qualitativa trabalha com os significados, os porquês, os quereres, valores, comportamentos e concepções, os quais são parte da realidade social, a partir daquilo que é vivido e comum ao grupo do qual faz parte. Dessa forma, a preocupação deste estudo não é quantificar e explicar, mas sim entender práticas, costumes, símbolos e, a partir de fenômenos gerados no meio social, compreender aquilo que é real (MINAYO, 2009). Desse modo, a matéria-prima para esta pesquisa consiste naquilo que é vivenciado e experienciado a partir da subjetividade humana.

A fim de adentrar na temática de forma significativa, como método para esta pesquisa, optou-se pelo estudo de caso, já que ele, como afirma Yin (2015, p. 244), consiste em “um estudo que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real”. Com a opção pelo estudo de caso, pretendeu-se analisar o fenômeno diante do contexto em que se apresenta, com aprofundamento na realidade abordada, evidenciando a manifestação de diversos olhares, em relação àquilo que é estudado e considerando as diversas variáveis implicadas e importantes na análise, a fim de responder o objeto de estudo (YIN, 2015).

Para esta pesquisa, o estudo de caso foi considerado essencial tendo em vista a necessidade de investigar as residências em um contexto real e contemporâneo, sendo que os

limites entre o fenômeno e o contexto em que se insere não são nitidamente concebidos (GIL, 2017). O estudo de caso serviu a este constructo na medida em que auxiliou na descrição da realidade em que as residências estão inseridas. Além disso, permitiu a explicação das variáveis causais desse fenômeno tão complexo que exibe as RMSFC e a PS, necessitando, para tanto, ir além de experimentações ou levantamentos (GIL, 2017).

4.2 Contexto e cenário

O cenário desta pesquisa consistiu no campo de formação e execução do Programa de RMS da ESP/CE. Esse programa associa a formação junto à atividade profissional em serviço de saúde, permitindo colocar em prática os aprendizados e competências adquiridos durante o período de formação (CEARÁ, 2014a).

Além disso, o programa destina-se a profissionais graduados da área da saúde, divididos em 14 graduações: Terapia Ocupacional, Enfermagem, Biomedicina, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Medicina Veterinária, Biologia, Educação Física, Psicologia e Serviço Social (CEARÁ, 2017).

A RMS é coordenada de forma pedagógica e administrativa pela ESP/CE em cooperação com o MS, a coordenadoria de Gestão em Educação Permanente em Saúde do Ceará (CGEPS), o Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), o Conselho dos Secretários Municipais do Ceará (COSEMS), as Prefeituras Municipais e a Direção dos Hospitais na Capital do Ceará (CEARÁ, 2018a).

Esse programa reúne diversas ênfases e áreas de atuação. Nele, o residente atuará durante dois anos, com carga horária semanal de 60 horas, acompanhado pedagogicamente. Ao final desse processo, ele receberá a titulação de especialista na modalidade *latu sensu,* de acordo com a categoria escolhida. Nesse sentido, a RMS se divide em dois componentes: o comunitário e o hospitalar. Fazem parte do componente comunitário a Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva. Já para o componente hospitalar, as ênfases são: Cancerologia, Neonatologia, Obstetrícia, Pediatria, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiopneumologia e Urgência e Emergência (CEARÁ, 2017).

Diante dessa diversidade de campos de prática, optou-se pela ênfase na Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). Essa ênfase foi escolhida por tratar-se da atuação na AB, que, segundo afirma Bezerra e Sorpreso (2016), deve estar organizada dentro da lógica da PS, introduzindo as propostas da PS nos serviços prestados aos territórios.

Destarte, o objetivo da RMSFC ESP/CE consiste em:

> ativar-capacitar lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação do papel coordenador da Estratégia Saúde da Família junto às redes do SUS, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade. (CEARÁ, 2017, p. 28).

Para tanto, como cenários de prática, a RMSFC associa a "Rede de Saúde da Família, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede Hospitalar e a Rede Intersetorial." (CEARÁ, 2017, p. 28). Além disso, prioriza os princípios do SUS, de descentralização e regionalização, enquanto estratégias para acolher as necessidades de saúde da população, além de proporcionar a formação de profissionais de acordo com as diferentes realidades presentes no cotidiano do Estado. (CEARÁ, 2014a).

Nesse aspecto, a interiorização (implantação em cidades do interior do Estado) e a ampliação dessa estratégia de formação profissional é considerada uma importante etapa no sentido da equidade no Ceará, tendo em vista que os cenários de lotação ocorrem em 32 municípios, por meio das organizações executoras (CEARÁ, 2014a).

No edital n° 29/2017, referente ao ano letivo 2018-2020 (quinta turma de residência), foram disponibilizadas 303 vagas nas modalidades uniprofissional e multiprofissional. Dessas, 119 vagas foram disponibilizadas para a Saúde da Família e Comunidade, tendo 16 municípios diferentes como cenários de lotação: Fortaleza, Brejo Santo, Aracati, Quixadá, Tauá, Crateús, Icapuí, Quixeramobim, Acopiara, Horizonte, Iguatu, Morada Nova, Guaiuba, São Gonçalo do Amarante, Porteiras e Santa Quitéria. Tais vagas abrangem os núcleos profissionais de enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, serviço social e nutrição (CEARÁ, 2017).

Para a efetivação desta pesquisa, foi necessária a escolha de somente dois municípios, tendo em vista o período de tempo para a realização do estudo. Desse modo, alguns critérios foram estabelecidos para a seleção dos cenários de lotação, também levando em consideração a conveniência por parte da pesquisadora: proximidade entre os municípios para facilitar o deslocamento durante a coleta de dados; vínculo da pesquisadora com o território, com vistas a viabilizar o período de coleta de dados; conhecimento da pesquisadora em relação ao deslocamento para o campo da pesquisa, a fim de facilitar a sua circulação durante a coleta das informações; ser locais cuja residência já finalizou a formação de mais de uma turma, tendo, portanto, o percurso de formação mais estabelecido; condições estáveis de desenvolvimento das atividades dos residentes, não havendo questões legais de descumprimento de quaisquer papéis que caibam ao município; e que existam residentes em

seu segundo ano de formação (R2), já que, dessa maneira, o processo formativo está mais consolidado em relação a uma equipe recém-chegada. Ao levar em consideração tais fatores, foram eleitas as cidades de Quixadá e Quixeramobim, ambos municípios limítrofes, localizados no Sertão Central do estado do Ceará.

A cidade de Quixadá apresenta população estimada em 87.116 habitantes, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,659 (2010). Apresenta cobertura pela ESF de 87,13%, representando cerca de 75.900 pessoas cobertas (IBGE, 2019; BRASIL, 2017c). A RMS da ESP/CE, com ênfase na Saúde da Família e Comunidade, foi implantada na cidade desde maio de 2013, apresentando novas turmas de residentes desde então.

O município de Quixeramobim apresenta população estimada em 79.081 habitantes, com IDH de 0,642 (2010). Apresenta cobertura pela ESF de 91,61%, com uma estimativa de 72.450 pessoas cobertas pela ESF (IBGE, 2019; BRASIL, 2017c) e equipes de residentes em Saúde da Família e Comunidade da ESP/CE desde o ano de 2014.

Nesses espaços, houve o contato com os residentes e preceptores de ambos os municípios. Contudo, ainda faltavam peças importantes para o objeto do estudo. Tais peças seriam os tutores e a coordenação geral da residência. Para isso, foi necessário realizar a coleta de dados também na sede da ESP-CE, no município de Fortaleza.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Fizeram parte deste estudo os profissionais residentes de ambos os municípios descritos na seção anterior, os preceptores e tutores da RMS da ESP-CE.

No edital para formação de turmas de 2018 (CEARÁ, 2017) para a ênfase na Saúde da Família e Comunidade, foram abertas sete vagas para Quixadá e sete vagas para Quixeramobim, divididas entre 6 profissões diferentes: enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, serviço social e nutrição, conforme Quadro 1. Somando o quantitativo de residentes para este estudo, chegou-se a um total de quatorze profissionais.

Quadro 01 – Distribuição dos residentes em seu segundo ano de formação, de acordo com a categoria profissional, dos municípios de Quixadá e Quixeramobim

Núcleo Profissional	Residentes R2 Quixadá	Residentes R2 Quixeramobim
Enfermagem	2	2
Nutrição	1	1

Continua.

Quadro 01 – Distribuição dos residentes em seu segundo ano de formação, de acordo com a categoria profissional, dos municípios de Quixadá e Quixeramobim (*Conclusão*)

Núcleo Profissional	Residentes R2 Quixadá	Residentes R2 Quixeramobim
Psicologia	1	1
Serviço Social	1	1
Odontologia	1	1
Fisioterapia	1	1
TOTAL	7	7

Fonte: Adaptado de Ceará (2017).

Para a ênfase na Saúde da Família, existe uma preceptoria de campo, e um preceptor de núcleo para cada categoria profissional. Nesse sentido, estimou-se um total de seis preceptores de núcleo e um preceptor de campo, para cada um dos municípios deste estudo, conforme Quadro 2.

Quadro 02 – Distribuição dos preceptores de acordo com os municípios de atuação, segundo edital de 2017

Preceptoria	Quixadá	Quixeramobim
Núcleo Enfermagem	1	1
Núcleo Nutrição	1	1
Núcleo Psicologia	1	1
Núcleo Serviço Social	1	1
Núcleo Odontologia	1	1
Núcleo Fisioterapia	1	1
Campo	1	1
Total	7	7

Fonte: Adaptado de Ceará (2017).

Somando todos esses atores (residentes, tutores, preceptores e coordenação) foi feita uma projeção de 31 sujeitos.

Os residentes são os profissionais da área da saúde que foram selecionados a partir de um certame específico, apresentando carga horária dedicada às atividades de 60 horas semanais, tanto para atuarem nas unidades de serviço, quanto para a realização das demais atividades pedagógicas. O programa de residência alia ensino e serviço, com vistas a preparar os profissionais para as necessidades e especificidades locais do SUS (CEARÁ, 2014a).

Na Saúde da Família e Comunidade, os residentes integram as equipes de saúde já implantadas. Cumpre destacar que o enfermeiro e o odontólogo irão compor a equipe mínima, e as demais categorias profissionais irão compor o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Em se tratando dos preceptores de campo, afirma-se que eles auxiliam no acompanhamento do processo de trabalho de toda a equipe multiprofissional e realizam as rodas de campo, junto aos residentes, para discutir e planejar as ações a serem desenvolvidas. Além disso, realizam a interlocução entre os residentes, a gestão local e a instituição formadora (CEARÁ, 2014a).

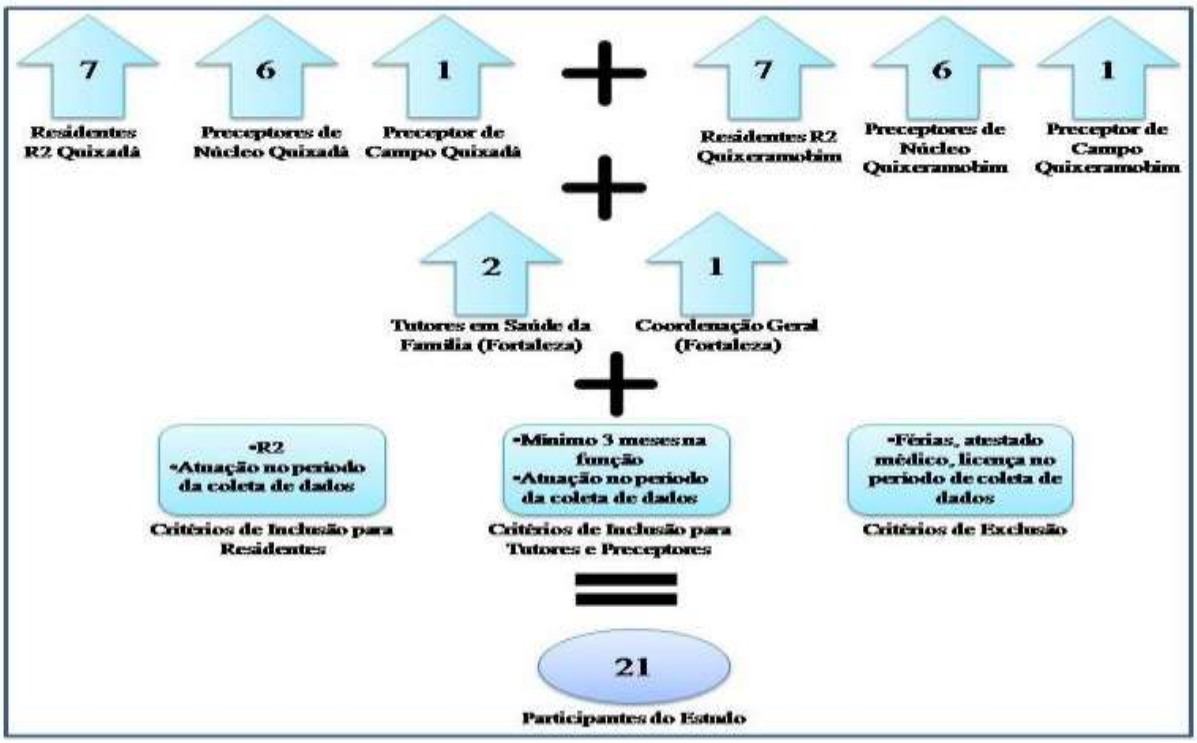
No que cerne à preceptoria de núcleo, esses atores orientam a categoria profissional de sua mesma formação, realizando as discussões das atividades desenvolvidas por categorias profissionais e realizando as rodas de núcleo, espaço de encontro com os residentes de mesma profissão, para trocar experiências e discutir conhecimentos e práticas (CEARÁ, 2014a).

Cada município é assistido por uma tutoria específica, havendo também uma coordenadoria para a ênfase descrita e uma coordenação geral do programa de residência. Os tutores orientam discussões com embasamento teórico, abrangendo temas relevantes ao contexto em que o residente está inserido, sendo facilitadores da aprendizagem. Esses profissionais estão diretamente ligados à instituição promotora do programa, cumprem função pedagógica e orientam tanto os preceptores quanto os residentes (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015).

Como critérios de inclusão para os residentes e preceptores, optou-se pelos profissionais que estivessem em seu segundo ano de atuação em relação à RMS da ESP/CE, tendo em vista que estes já estão mais habituados ao cotidiano das unidades, apresentam mais experiência em serviço e já vivenciaram a maior parte das atividades pedagógicas da residência. Além disso, eles devem estar atuantes no programa de residência no período da coleta de dados.

Como critérios de exclusão, para todos os participantes, determinou-se que seriam excluídos os sujeitos que estivessem de férias, atestado médico ou licença no período da coleta de dados. Após aplicação desses critérios, houve uma redução da amostra para 21 participantes, conforme Figura 2.

Figura 2 – Representação da composição dos participantes do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na cidade de Quixeramobim, a coleta de dados ocorreu com os sete residentes em Saúde da Família, quatro preceptores de núcleo e um preceptor de campo, conforme quadro 3. A preceptoria dos núcleos de odontologia e nutrição não participaram da pesquisa, pois ambos estavam em período de férias.

Já na cidade de Quixadá, três residentes já não faziam parte da turma em decorrência de terem assumido vagas em concursos públicos (núcleos de odontologia, enfermagem e psicologia). Como não havia residentes ocupando as vagas dos núcleos de psicologia e odontologia, também não havia os respectivos preceptores para essas categorias profissionais. Além disso, o preceptor do núcleo de nutrição estava de férias e o do núcleo de fisioterapia, em período de licença médica. Nesse sentido, a amostra foi reduzida para quatro residentes, dois preceptores de núcleo e um preceptor de campo (Quadro 3).

Quadro 03 – Residentes e preceptores de núcleo e campo, que participaram da pesquisa de acordo com o núcleo profissional e os municípios de atuação

Núcleo Profissional	Residentes R2 Quixadá	Preceptores Quixadá	Residentes R2 Quixeramobim	Preceptores de Quixeramobim
Enfermagem	1	1	2	1
Nutrição	1	0	1	0
Psicologia	0	0	1	1

Continua.

Quadro 03 – Residentes e preceptores de núcleo e campo, que participaram da pesquisa de acordo com o núcleo profissional e os municípios de atuação (*Conclusão*)

Núcleo Profissional	Residentes R2 Quixadá	Preceptores Quixadá	Residentes R2 Quixeramobim	Preceptores de Quixeramobim
Serviço Social	1	1	1	1
Odontologia	0	0	1	0
Fisioterapia	1	0	1	1
Campo	-	1	-	1
Total	4	3	7	5

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em relação aos tutores da ESP-CE e à coordenação geral da residência, alguns entraves ocorreram. Desde o início do corrente ano, a coordenação geral e mais alguns outros profissionais da ESP-CE haviam sido destituídos do cargo. Em virtude de esse processo ter ocorrido durante o período letivo, os tutores remanescentes acabaram assumindo as demais funções. Dessa forma, a coleta de dados com os tutores ocorreu com dois que se designaram como tutores da Saúde da Família, mas que, ao mesmo tempo, se intitularam enquanto "faz tudo da residência".

Em relação à coordenação geral, não havia ninguém assumindo esse cargo. Dessa forma, entrou-se em contato com a antiga coordenadora para que ela participasse do estudo, contudo, não houve sucesso.

4.4 Instrumentos de pesquisa

Yin (2015) enfatiza a importância do uso de diversas fontes de comprovação, a fim de garantir a veracidade do constructo, de forma a impulsionar vertentes correspondentes de verificação. Para os estudos de caso, destaca-se o uso de variadas fontes de evidências, de forma complementar, favorecendo a triangulação de dados, o que reforça a eficácia da estrutura do estudo. Nesse sentido, toda descoberta e desfecho, no contexto do estudo de caso, são mais fidedignos e meticulosos, se estiverem sustentados por diferentes fontes de dados, desde que apresentem uma convergência equivalente, demonstrando diversas avaliações de um mesmo episódio. Desse modo, por ter sido feita a triangulação dos dados, as investigações do estudo de caso puderam ser sustentadas além de uma única fonte de comprovação, corroborando Yin (2015).

A análise de documentos no estudo de caso proporciona o aumento de evidências dos dados em decorrência do seu valor global, trazendo especificidades que podem corroborar

o estudo. Assim, a busca em documentos de forma sistemática auxilia em todo o processo que permeia o estudo de caso (YIN, 2015).

A mais, destaca-se que a consulta a fontes documentais é relevante para qualquer estudo de caso (GIL, 2017), o que possibilitou, nesta pesquisa, obter informações relacionadas ao programa formativo da RMS da ESP/CE de forma mais concretas. Para este estudo, foram usados diversos documentos: o Projeto Político Pedagógico (PPP), portarias, editais, textos usados durante os módulos e instrumentos de avaliação dos residentes.

Destaca-se ainda que, além das fontes de informações documentais, foram realizadas entrevistas. Sobre isso, salienta-se que, para o estudo de caso, as entrevistas são vistas como fundamentais, já que, em sua maioria, são capazes de favorecer percepções importantes sobre comportamentos e assuntos em estudo, além de proporcionar caminhos mais curtos para se chegar a enredos pregressos de determinadas situações (YIN, 2015).

Para proporcionar maior liberdade para as respostas dos participantes da pesquisa, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, cujos roteiros foram elaborados pela pesquisadora, com base nas CPS, presentes nos domínios de competências do referencial CompHP (DEMPSEY *et al.*, 2011). Minayo (2014) destaca que a entrevista semiestruturada consiste em uma conversa que apresenta um objetivo, combinando questões abertas com questões fechadas, possibilitando ao entrevistado a oportunidade de discorrer sobre o assunto em questão sem se prender à indagação formulada.

Como as entrevistas teriam de ser realizadas com diversos atores, foram elaborados roteiros adaptados de acordo com o cargo dos entrevistados: profissionais residentes (APÊNDICE A), preceptores e tutores (APÊNDICE B), coordenador geral do programa (APÊNDICE C). O roteiro de entrevista semiestruturado, aplicado com os residentes, foi composto por duas partes: (1) Dados de Identificação, com oito questões, e (2) Questões Norteadoras, compostas por treze questões. Após a elaboração do instrumento, foi realizado o teste piloto com três residentes em Saúde da Família de municípios diferentes daqueles onde foi realizada a coleta de dados do presente estudo. A partir do estudo piloto, foi realizado o aperfeiçoamento das questões, de acordo com as necessidades apresentadas.

O roteiro de entrevista semiestruturado, que foi aplicado com os tutores e preceptores (APÊNDICE B), também foi composto por duas partes: (1) Dados de Identificação, com oito questões, e (2) Questões Norteadoras, compostas por treze questões. Após a elaboração do instrumento, também foi realizado o teste piloto com dois preceptores de núcleo da RMS da ênfase na Saúde da Família de municípios distintos daqueles onde

ocorreu a coleta de dados do presente estudo. De acordo com o resultado do estudo piloto, as questões foram melhoradas.

Para a entrevista com a coordenação, o roteiro também foi estruturado conforme o instrumento dos tutores e preceptores, com a mesma quantidade de questionamentos, porém com questões mais específicas para o cargo de coordenação (APÊNDICE C). Após a elaboração do instrumento, não foi realizado teste piloto.

A coleta ocorreu durante os meses de junho a agosto de 2019, tendo iniciado na cidade de Quixeramobim e, após, na cidade de Quixadá. Previamente, entrou-se em contato com a preceptoria de campo dos residentes para agendar dia e horário para uma reunião. Nessa ligação, foram explicados os procedimentos da pesquisa, bem como o seu objetivo. Nesse momento, foi agendado e pactuado, com cada participante, o local e o horário das entrevistas.

A coleta de dados na cidade de Quixeramobim ocorreu na sede do Polo da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e, em Quixadá, ocorreu no Centro Cultural Raquel de Queiroz. Ambos os locais foram escolhidos por serem onde ocorrem as rodas de campo e núcleo dos residentes, além de serem apropriados para a coleta de dados devido à presença de salas limpas, privativas, arejadas, climatizadas e com boa iluminação.

Na cidade de Fortaleza, a coleta de dados ocorreu por último, sendo agendada previamente e realizada em uma das salas da sede da ESP-CE. Os mesmos procedimentos anteriores também foram adotados nessa fase da coleta.

Vale ressaltar que as entrevistas só iniciaram após a leitura e assinatura do TCLE. Elas foram gravadas em dois equipamentos eletrônicos. O tempo de duração das entrevistas variaram em torno de 15 a 30 minutos.

Como terceira técnica de coleta de dados, foram utilizados os grupos focais, os quais, por sua vez, favoreceram declarações e relatos sobre as experiências vivenciadas, a partir de um contexto interacional, permitindo gerar diálogos entre os participantes (BARBOUR, 2009).

No contexto dos grupos focais, o pesquisador, então, passa a ser reconhecido enquanto moderador, tendo a função de propor questionamentos, escutar com atenção, garantir que os diálogos não se desviem do tema da pesquisa, além de garantir que todos os participantes tenham um momento para se manifestar (GATTI, 2005).

Destaca-se que a quantidade de grupos focais está relacionada com a saturação do objeto de pesquisa. Sobre isso, Gatti (2005) recomenda a realização de três a quatro grupos focais, entretanto, também refere que, se as informações já forem apreciadas enquanto

satisfatórias, não exibem a necessidade de implementar novos grupos. Quanto ao número de participantes, Gatti (2005) recomenda de seis a doze integrantes.

Também é recomendado registrar as observações e impressões do pesquisador em relação às dinâmicas que se sobressaiam imediatamente à realização dos grupos focais, sendo, para tanto, importante usar um equipamento eletrônico para a gravação das discussões do grupo (BARBOUR, 2009). Para a operacionalização do grupo focal, foi criado um roteiro para guiar o processo de discussão (APÊNDICE E), evitando desvios para assuntos que não fossem pertinentes, assim como recomenda Gatti (2005).

Durante a realização dos grupos, optou-se por realizá-los somente com os residentes, tendo em vista que os tutores e preceptores são profissionais formadores, o que poderia causar constrangimento em relação às falas e expressões daqueles. Dessa forma, foram realizados dois grupos focais. O primeiro foi na cidade de Quixeramobim, contando com sete integrantes e com duração de 50 minutos. Já o segundo foi realizado na cidade de Quixadá, com a participação de quatro profissionais, com período de tempo de 40 minutos.

Para a transcrição dos dados qualitativos, foi concedida uma cor diferente para cada participante, com vistas a facilitar a identificação dos sujeitos do estudo, preservando assim as suas individualidades e identidades, além de facilitar o processo de categorização. Além disso, os participantes foram renomeados, por meio da utilização de siglas, a fim de preservar o anonimato, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Identificação	**Legenda**	**Idade**	**Categoria Profissional**
Rqx1	Residente de Quixadá 01	27	Fisioterapia
Rqx2	Residente de Quixadá 02	20	Serviço Social
Rqx3	Residente de Quixadá 03	26	Nutrição
Rqx4	Residente de Quixadá 04	29	Enfermagem
Rqm1	Residente de Quixeramobim 01	26	Enfermagem
Rqm2	Residente de Quixeramobim 02	29	Serviço Social
Rqm3	Residente de Quixeramobim 03	29	Psicologia
Rqm4	Residente de Quixeramobim 04	25	Odontologia
Rqm5	Residente de Quixeramobim 05	25	Enfermagem

Continua.

Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa (*Conclusão*)

Identificação	Legenda	Idade	Categoria Profissional
Rqm6	Residente de Quixeramobim 06	28	Fisioterapia
Rqm7	Residente de Quixeramobim 07	25	Nutrição
PNqx1	Preceptor de Núcleo Quixadá 1	50	Serviço Social
PNqx2	Preceptor de Núcleo Quixadá 2	35	Enfermagem
PNqm1	Preceptor de Núcleo Quixeramobim 01	29	Enfermagem
PNqm2	Preceptor de Núcleo Quixeramobim 02	40	Fisioterapia
PNqm3	Preceptor de Núcleo Quixeramobim 03	40	Serviço Social
PNqm4	Preceptor de Núcleo Quixeramobim 04	30	Psicologia
PCqx1	Preceptor de Campo Quixadá	30	Fisioterapia
PCqm1	Preceptor de Campo Quixeramobim	33	Enfermagem
T1	Tutor 1	30	Enfermagem
T2	Tutor 2	38	Educação Física

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Cabe salientar que foi utilizado o critério de saturação teórica, no qual as falas e os grupos foram encerrados quando não apresentaram informações novas e/ou quando os conteúdos se tornaram repetitivos (VEIGA; GONDIM, 2001). Além disso, todo o processo de coleta e análise dos dados foram amparados por um aprofundamento teórico acerca das temáticas envolvidas, a fim de reduzir vieses por parte da pesquisadora.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Para análise do material qualitativo, foi utilizado o referencial metodológico-conceitual da Hermenêutica da Profundidade (HP) (THOMPSON, 2011). Veronense e Guareschi (2006, p. 87) destacam HP como importante proposta metodológica:

> Com essa ferramenta teórica e metodológica, o pesquisador pode analisar o contexto sócio-histórico e espaço-temporal que cerca o fenômeno pesquisado, pode empreender análises discursivas, de conteúdo, semióticas ou de qualquer padrão formal que venha a ser necessário; pode analisar a ideologia como vertente social importante, conferindo um caráter potencialmente crítico à pesquisa.

Esse referencial foi escolhido para este estudo por se tratar de uma elucidação das formas simbólicas, a partir de como são entendidas pelos sujeitos que as produzem e as obtêm, no decorrer do tempo nas suas vivências cotidianas. Por meio da HP, é possível restaurar o modo como as formas simbólicas são percebidas, nos diversos contextos da vida social (THOMPSON, 2011).

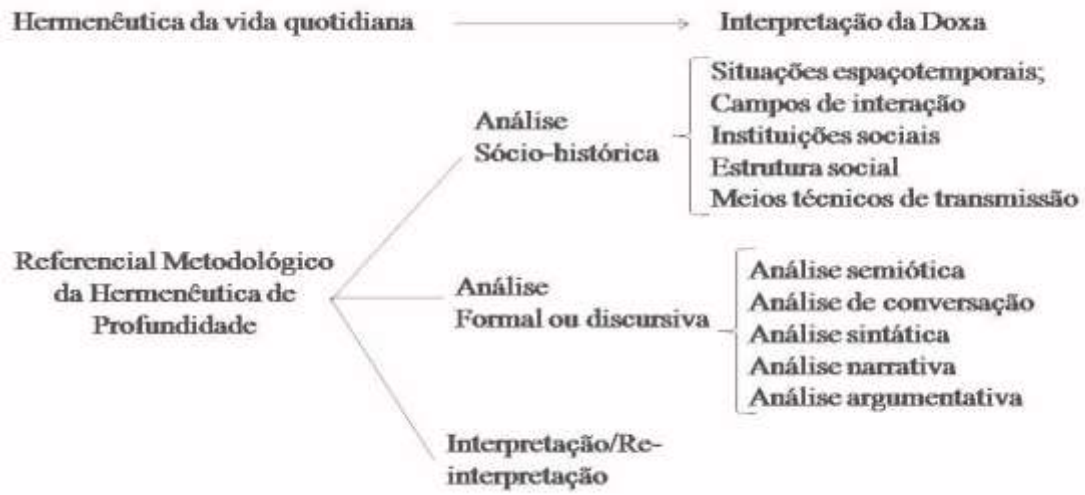
O ato de reconstruir o entendimento das formas simbólicas, por si só, é um processo de interpretação, a partir da compreensão do cotidiano, denominado pelo autor como *interpretação da doxa* (THOMPSON, 2011). Nesse entendimento, a *interpretação da doxa* é ressaltada enquanto uma apreciação de concepções, ideias, pontos de vistas, crenças e posicionamentos concebidos e compartilhados por pessoas que constroem o universo social (THOMPSON, 2011).

Thompson (2011) enfatiza que a *interpretação da doxa* é apenas o início da análise, sendo importante ir além desse nível analítico, indo de encontro a outras questões das formas de linguagem, que surgem do campo-objeto. E, assim, deve-se levar em consideração como as formas simbólicas se inserem em um contexto social e histórico, valendo-se da necessidade de seguir etapas e procedimentos específicos da HP.

Contudo, quando são consideradas as compreensões da vida cotidiana dos atores envolvidos, existe a possibilidade de negligência em alguns aspectos investigados. Essas construções podem estar relacionadas a fatores menosprezados ou que passam despercebidos (VERONESE; GUARESCHI, 2006).

A partir dessas especificações, Thompson (2011) construiu o referencial HP de forma a compor três fases que não devem ser percebidas enquanto estágios sequenciados e separados, mas como dimensões distintas de análise em um processo de interpretação multifacetado: a análise sócio-histórica, a análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação, conforme Figura 03 (THOMPSON, 2011).

Figura 03 – Formas de Investigação hermenêutica da profundidade



Fonte: Thompson (2011).

A primeira fase da HP consiste na análise sócio-histórica, a qual considera que as formações simbólicas são construídas, repassadas e auferidas a partir de um contexto social e histórico característico. Nesse sentido, a linguagem, os diálogos e narrativas são percebidos, escutados e lidos por indivíduos situados em locais específicos, sofrendo influência de uma trajetória histórica e de um espaço de interações. Cumpre destacar que a forma dessa análise irá diferir de um estudo para outro (THOMPSON, 2011).

A análise formal ou discursiva trata das formações simbólicas complexas que permeiam os campos sociais, a partir do qual alguma coisa é enunciada ou manifestada. Para conduzir essa análise, há várias metodologias dependendo do objeto a ser estudado, como a Análise do Discurso, Análise Semiótica, Análise da Conversação, Análise Sintática, Análise em sua Estrutura Narrativa, Análise Argumentativa e outras (THOMPSON, 2011).

A interpretação/reinterpretação permeia todo o processo da HP, ocorrendo por meio de uma síntese e da reconstrução de prováveis significados, ou seja, uma interpretação explicativa das formas simbólicas. Nesse sentido, ao utilizarmos o referencial da HP, estamos interpretando algo que já foi previamente interpretado pelos indivíduos, estamos (re)construindo um novo significado que pode ser diferente do conferido pelos atores que formam o universo sócio-histórico (THOMPSON, 2011).

A partir de outros estudos, também foi possível perceber essa abordagem como uma importante representação capaz de gerar uma análise das concepções simbólicas de forma apropriada e sistematizada (FERREIRA; RIGOTO, 2010; 2014). Portanto, a partir do potencial inovador dessa abordagem, pretende-se responder o objeto do presente estudo,

trazendo, à luz, sentidos ocultos – que podem estar presentes nos fenômenos sociais – e a realidade de modo confiável (VERONESE; GUARESCHI, 2006).

Para análise e compreensão dos dados coletados, as falas provenientes dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas foram transcritas pela própria pesquisadora, para proporcionar um aprofundamento no material empírico. Levou-se em consideração tanto aquilo que foi dito, como também aquilo que não foi falado, como as expressões, pausas e entonações que também representavam um importante mundo de significados. Vale ressaltar que as transcrições ocorreram da forma mais fidedigna possível em relação àquilo que foi gravado e percebido durante a coleta de dados.

Após as transcrições, foi iniciado um processo lento e cuidadoso de leitura do material qualitativo, buscando entender, com profundidade, as falas apresentadas em suas singularidades, de forma a relacionar com contextos sociais e históricos daquilo que foi evidenciado.

Ao mesmo tempo, realizou-se a categorização do material empírico, considerado a primeira etapa para a generalização de algumas particularidades, em que se agrupam certas características e se discernem determinadas classes (ORLANDI, 1997). Após o processo de categorização, foi iniciada a análise do material, tomando-se como aporte os subsídios presentes no referencial teórico-metodológico da HP, embasada pela Análise de Discurso (AD). De acordo com Orlandi (2009, p. 15), "na Análise de Discurso, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história."

A AD entende a linguagem enquanto intermediação fundamental entre os indivíduos e a sua existência social e autêntica. Essa intermediação é o que se considera como discurso, é o que traz a possibilidade de constância e o prosseguimento quanto às mudanças e deslocamentos dos sujeitos e de suas vivências. Em suma, trabalhar o discurso está na raiz da construção humana (ORLANDI, 2009).

Nesse sentido, a AD foi abordada a partir dos contextos social e histórico, os quais permeiam as falas dos atores do estudo de maneira crítica e em conformidade com o referencial teórico-metodológico CompHP. Dessa forma, compreendemos a AD assim como afirma Orlandi (2009, p 17): "a questão que a AD coloca é: como este texto significa? (...) a questão a ser respondida não é *o que*, mas o *como*".

Ao utilizar da AD, concordou-se com a conceituação de Macedo *et al.*, (2008, p. 650):

> Atualmente, há que se considerar que a AD pode designar diferentes produções de linguagem, visto que a aproximação para a compreensão dos fenômenos, por meio desta análise, permite ao analista afirmar o conteúdo apresentado como produções discursivas (...). Sendo assim, ao analisar discursos, não examinamos um corpus como produção de um sujeito, mas consideramos sua enunciação como o correlato de certa posição sócio-histórica, na qual os enunciadores se revelam substituíveis.

Nessa esteira, é possível entender que a AD busca a compreensão dos sentidos que os indivíduos expressam por meio do seu discurso, em que a linguagem ultrapassa o texto, buscando exprimir os sentidos pré-concebidos que ecoam da memória do falar. Assim, a AD labora com o sentido do texto, e não com seu conteúdo, pois o seu *corpus* é produzido pela linguagem, história e ideologia, na forma em que o sentido não é julgado, mas sim produzido (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

4.6 Aspectos éticos

Para uma pesquisa, é importante o cumprimento da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), vinculado ao MS (BRASIL, 2016a). Essa resolução define os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes de um estudo e leva em consideração os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça visando a assegurar os direitos e deveres à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Logo, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, com o número 3.313.043, e as atividades de coleta de dados só se iniciaram após a aprovação desse projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Os participantes da pesquisa foram convidados pessoalmente pela pesquisadora, aos quais foram explicados os procedimentos metodológicos e os objetivos do estudo. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), em duas vias iguais, sendo uma para a pesquisadora e a outra entregue ao participante.

As gravações realizadas durante o estudo foram renomeadas e, após a conclusão do estudo, serão apagadas, a fim de resguardar a identidade dos participantes.

Todos os procedimentos relatados nesta pesquisa foram devidamente realizados e buscou-se, ao máximo, realizar todas as transcrições de forma fidedigna ao que foi coletado, com o mínimo de interferência da pesquisadora. Além disso, buscou-se realizar um

aprofundamento nas literaturas pertinentes ao estudo, a fim de evitar vieses por parte da autora do presente trabalho.

A mais, buscou-se preservar todos os direitos dos participantes da pesquisa de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Contexto sócio-histórico – de que realidade estamos falando?

Para compreender o contexto de inserção das residências e como a PS vem se inserindo nesse processo de formação, é importante entender sobre a conjuntura desses processos. É evidente que, até então, delinear uma trajetória tão intensa e tão complexa não foi objetivo deste estudo. No entanto, verificou-se a necessidade de serem apresentadas algumas considerações que conceituam o ambiente político e histórico em que se desdobraram alguns acontecimentos de relevância para o sistema de saúde que conhecemos. Além disso, será destacado um pouco do cenário atual e como este trouxe modificações para a realidade do SUS e, consequentemente, para a ESF e as RMSFC.

No panorama atual, autores anunciam que o cenário político-institucional brasileiro tem ameaçado os progressos alcançados nas últimas décadas (TEIXEIRA *et al.*, 2018). Inclusive, alguns entraves e dificuldades pelo qual o país está vivenciando foram percebidos pelos participantes do estudo:

> [...] inclusive até é uma questão muito preocupante agora, porque a gente se preocupa quanto a formação desse residente **nesse cenário que a gente vem vivendo**, **nesse governo**, **é muito preocupante porque tivemos uma redução significativa da equip**e e, às vezes**, não conseguimos dar conta de trabalhar como a gente queria trabalhar**. (T1).

O contexto político brasileiro tem condicionado a modificações em diversos direitos sociais e civis, promovidas pelo então governo de Bolsonaro, por isso diversos escritores denunciam atos que afligem a democracia. Todas essas mudanças têm denotado agravos em relação aos DSS, em especial no setor saúde, com medidas que ferem o caráter universal, a equidade e a integralidade, princípios esses tão importantes para o SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Para compreendermos essa realidade atual, é preciso conceber que, anteriormente à implantação do SUS, o direito aos serviços de saúde pertencia apenas aos trabalhadores urbanos de carteira assinada e que, portanto, contribuíam para a previdência social. Em um país cujo trabalho informal era elevado, esse direito ficava restrito a uma pequena parcela da população. Os cidadãos remanescentes ficavam a depender dos serviços de filantropia oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A partir da década de 1980, teve início o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, promovido pela sociedade civil (PAIM *et al.*, 2011). Esse movimento levou a

transformações nas políticas de governo e à reestruturação de uma nova figura do Estado, admitindo um caráter de políticas públicas com configurações relacionadas ao tema "Saúde e Democracia" cujo apogeu foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (OPAS, 2018). Essa conferência estabeleceu a saúde enquanto direito de todo cidadão e constituiu as bases para a fundamentação do SUS, por meio de diversas estratégias para a integração, coordenação e repasse de capital entre as três instâncias de governo (Municipal, Estadual e Federal) (PAIM *et al.*, 2011).

A partir de então, a saúde brasileira passou por um regime de reforma em sua estruturação, de um molde *bismarckiano*, que exibe serviços de saúde de um modelo de seguridade social, com cobertura de menos de 50% dos brasileiros, para um modelo *beveridgeano* de serviço nacional de saúde, com o nascimento do SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Antes mesmo da implantação do SUS, a APS iniciou seus primeiros passos, a partir de experiências locais de integração entre serviços e universidades, baseadas nesse modelo de atenção. A partir dessas experiências, posteriormente, surgiu a configuração de um novo programa baseado nas comunidades, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), os quais constituem o alicerce fundamental da APS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Nesse sentido, a ESF compõe e organiza o trabalho por meio da responsabilidade sanitária por territórios adstritos, alicerçada em diversas políticas públicas. (GOMES; GUTIERREZ; SORANZ, 2020).

Mais adiante o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que possibilitou a intensificação de ações em PS, além da prevenção de danos e enfermidades e assistência aos cuidados essenciais em saúde, aumentando a cobertura dos cidadãos (OPAS, 2018). Além disso, com vistas a ampliar a oferta de ações e serviços ofertados pela ESF, foram instituídos os NASF, especialistas que atuam como forma de apoio aos profissionais de referência da ESF, de forma a integrar a RAS de acordo com as necessidades presentes nas unidades vinculadas (BRASIL, 2011).

O NASF pode ser então considerado como um serviço de retaguarda especializada, de modo compartilhado e multiprofissional nas dimensões clínico-assistencial (clínica propriamente dita) e técnico-pedagógico (apoio educativo). São incluídas, ainda, no escopo de atuação do NASF, ações coletivas que envolvem as vulnerabilidades da comunidade e o próprio processo de trabalho das equipes, tratando dos mais diversos aspectos dos sujeitos e coletividade, de forma direta ou indireta (BRASIL, 2011).

A partir dessas e outras conquistas, desde a constituição do SUS, até a atualidade, várias mudanças no perfil demográfico, epidemiológico, político e econômico transformaram o panorama brasileiro, embora persistam grandes disparidades sociais e outros problemas que afligem o setor saúde (SOUZA *et al.*, 2019).

Vários avanços também foram evidenciados em relação à formação de profissionais, dispondo de universidades e outras instituições de pesquisa, escolas de saúde pública que fornecem retaguarda às secretarias estaduais e municipais, além de fundações e outras organizações. Esses progressos promovem a aquisição e o aprimoramento dos conhecimentos, capacidades e valores pautados nos fundamentos do SUS (PAIM, 2018).

A partir de então, nos últimos anos, o setor midiático brasileiro e alguns estudiosos têm descrito retrocessos cada vez maiores em relação à saúde brasileira, em especial após o então denominado “golpe parlamentar de 2016”. Nesse cenário, o governo passou então a ser orientado quase que completamente para pautas relacionadas ao mercado e ao acúmulo financeiro, com ênfase na implantação de uma plataforma de programas de conteúdo neoliberalista extremista. Tal situação tem corroborado para a redução dos direitos sociais conquistados ao longo da história do SUS (FREITAS *et al.*, 2018; CHAVES; AMARAL, 2017; PAIM, 2018).

Aliás, como anuncia Santos (2018), um dos maiores obstáculos presentes ao longo do desenvolvimento do SUS refere-se ao financiamento insatisfatório e à gestão inábil, em que o primeiro culpabiliza o segundo e vice versa, sendo que um e outro resultam da ausência de engajamento com os serviços públicos, o excesso de burocracias, bem como o modelo baseado no patrimonialismo.

Dessa forma, o corte de gastos com os setores sociais e da saúde, corrobora para a ineficiência dos serviços, em termos de acesso e qualificação, agravando a situação de saúde, especialmente das classes menos favorecidas, contribuindo para a iniquidade do sistema (VIEIRA, 2016).

A saúde está diretamente relacionada aos DSS, sendo, portanto, necessário que haja condições sociais e econômicas favoráveis para o desenvolvimento dos indivíduos. Diante disso, para que se possa promover saúde no Brasil, de forma efetiva, é preciso pensar em políticas públicas voltadas à redução das iniquidades sociais, com vistas ao fortalecimento comunitário, essenciais para o exercício da autonomia cidadã (DIAS *et al.*, 2018).

Essas dificuldades vivenciadas no SUS são sentidas pelos residentes que não conseguem, muitas vezes, os recursos necessários para realizar as ações. Vale destacar que, ao realizar o convênio com a ESP para receber o programa de residências, os municípios devem

prover as condições necessárias para a realização das ações em *locus*. Contudo, nem sempre esses recursos estão disponíveis, refletindo na falta de infraestrutura adequada para a ESF, adversidade que permeia a realidade de muitos municípios:

> **Apoio, transporte, apoio da gestão que a gente não tem, não teve e não terá.** Transporte também a gente nunca teve. Transporte porque a gente sempre sai para fazer essas ações, as visitas e a gente sempre sai no nosso próprio transporte. Sempre tem uma que se dispõe a ir. (Rqx4).

A divisão de responsabilidades e os custeios entre os três entes federados deixam a desejar em relação ao pequeno desenvolvimento econômico e social, não conseguindo recursos suficientes para alcançar a eficiência dos serviços públicos pelos quais são responsáveis. Ademais, sofrem pela incompatibilidade dos tributos com os recursos monetários e o crescimento municipal compatível com a autossuficiência constitucional (SANTOS, 2018).

Por conseguinte, os poderes que compõem o Estado brasileiro não conseguem assegurar objetivamente as condições necessárias para o pleno desenvolvimento do setor saúde, em especial no sentido financeiro e técnico científico (BRASIL, 2016b; PAIM, 2018).

Apesar disso, são louváveis os esforços municipais em busca de promover políticas públicas saudáveis, embora o processo de descentralização não tenha ocorrido concomitantemente ao estabelecimento da grande quantidade de ações e serviços intersetoriais necessários para atingir uma melhor eficácia (SANTOS, 2018).

Uma das principais tarefas dos municípios consiste na execução das ações de APS. Quanto maior a eficiência da APS, assim também serão os serviços especializados. Em períodos de crises financeiras, a APS apresenta melhor custo efetividade quando comparada aos demais serviços, especialmente em relação ao gasto público, estando também relacionada a resultados mais positivos em saúde, em países considerados de baixa e média renda (OPAS, 2018).

Alguns fatores já apontam para a redução das conquistas progressivas desse sistema, tais como o aumento da mortalidade em menores de cinco anos ocorrido em 2016, além do decréscimo da cobertura de imunização, o que corrobora para problemas alarmantes para os próximos vinte anos (BRASIL, 2018).

É importante asseverar que o objetivo de garantir o direito universal à saúde, na prática, não foi atingido. Além do mais, no Brasil, não há um sistema verdadeiramente único de saúde, mas sim um sistema segmentado, haja vista que a ampliação da saúde, no Brasil,

ocorreu de forma multifacetada, incluindo a saúde pública, serviços filantrópicos e privados, dividindo os usuários de acordo com a capacidade financeira (SOUZA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a grande quantia de recursos que a União destina para saldar a dívida pública brasileira tem provocado renúncias por parte da população, que acaba sofrendo com a escassez de recursos públicos, o que piora ainda mais a situação social. Como entendimento, ao se comparar a destinação de capital para o pagamento da dívida pública com os investimentos destinados às universidades públicas, percebe-se a ausência de prioridade para com a educação (ANDES, 2018).

Em face desses impasses, permanece o modelo de saúde centralizado na doença, com maior valorização dos serviços especializados e hospitalares, deixando a APS e o componente comunitário como coadjuvantes (PAIM, 2018).

Ainda, o modelo assistencial da APS encontra-se ameaçado, tendo em vista que a PNAB 2017 diminui a primazia da ESF, definindo incentivos monetários para outras modalidades de equipe da Atenção Básica. Nesses novos tipos de equipe, o profissional ACS inexiste e ainda traz obstáculos para a efetivação do trabalho em equipe, introduzindo cargas de trabalho, para profissionais, de somente dez horas por semana, o que dificulta a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, enfraquecendo a atenção integral às comunidades (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Ademais, o contexto multiprofissional da ESF tende a ser desvigorado, haja vista que o credenciamento e o custeio federal dos NASF foram extintos, sob a égide de aumentar a autonomia da gestão municipal para a forma como as equipes serão dispostas. Nesse sentido, é possível crer que tanto o caráter interprofissional quanto o multiprofissional da ESF passaram a ser menos estimulados, podendo, até mesmo, cessar completamente a médio prazo, atingindo, assim, a oferta de ações. Além disso, o caráter multiprofissional das equipes também está sendo ameaçado pelo enfoque ao pronto atendimento, tornando secundária a lógica territorial e comunitária, tão essenciais para a ESF (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Destaca-se ainda que o SUS ainda sofre duras críticas do setor midiático brasileiro, além de enfrentar os interesses relacionados à iniciativa privada, representados pelos planos de saúde, empresas farmacêuticas e de equipamentos de saúde. Soma-se a esses fatores questões relacionadas à gestão dos serviços, como profissionalização ineficiente, excesso de burocratização, desvalorização dos trabalhadores em saúde, por meio da precarização das remunerações e terceirização dos serviços (PAIM, 2018).

O SUS ainda exibe dificuldades quanto à infraestrutura dos serviços, persistindo planejamentos ineficazes, redes regionalizadas ineficientes e fortes obstáculos para a mudança nos modelos de atenção que não cumprem com os princípios do SUS (PAIM, 2018).

Além desses, as elevadas taxas de desemprego e a precarização do trabalho, impactaram os mais diversos setores. Nesse sentido, os participantes do estudo percebem, muitas vezes, ausência de perfil profissional para atuar na residência, sendo que ela deveria ser encarada enquanto um processo de formação. Assim, os profissionais acabam se inserindo no processo como forma de garantir o seu sustento.

> Acredito que muitos profissionais fazem isso e muitos não têm um modelo, **não entram com esse perfil**. Então eu acho que isso vai diferenciar cada um. (Rqx3).
>
> E como tutoria hoje a gente vê o processo com mais dificuldade porque basicamente, **na ESP quase todo mundo saiu**. Então **os últimos módulos, comparados aos módulos anteriores, estão muito, muito, muito decadentes**. (T1).

No cenário da ESP-CE, durante o período de coleta de dados, verificou-se a demissão de alguns profissionais que faziam parte da equipe de coordenação e tutoria (PETIÇÃO PÚBLICA, 2019). Todo esse ensejo fragilizou o processo de formação, tendo em vista que os profissionais remanescentes tiveram que dar continuidade ao programa, de forma desfalcada, com um número inferior de profissionais em relação ao que realmente é necessário. Além disso, o discurso acima retrata muito do que é sentido e percebido em relação à atual conjuntura que o país vivencia.

Em face desses impasses, não é à toa que, durante a coleta de dados, a partir dos registros feitos em diário de campo, foi perceptível a fragilidade da tutoria, pois a quantidade de tutores remanescentes mostrava-se insuficiente para atender à vasta gama de atividades que são necessárias, além da necessidade de fornecer retaguarda ao processo de formação que ocorre nos municípios.

Isso também pode ser considerado reflexo das elevadas taxas de desemprego, bem como da precarização do trabalho, as quais impactaram os mais diversos setores. Notadamente, a atual reforma trabalhista aprovada pela Lei nº 13.467/2017, que alterou a Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 2017b), representa potencialidades de danos aos direitos e à saúde do trabalhador. Isso decorre pela expansão da jornada de trabalho, redução de intervalos, a possibilidade de fragmentação do período de férias, trabalho descontínuo e até mesmo por questões relacionadas ao processo de saúde e doença (HOEFEL; SEVERO; PORDEUS, 2018).

Os direitos presentes na lei, no futuro, poderão ocasionar o aumento da exploração dos trabalhadores e, por conseguinte, conforme sinalizado, ocasionar sérios problemas à saúde da força de trabalho brasileira. Nesse caso, existe a possibilidade de prever o aumento de doenças concernentes à saúde mental e física relacionadas ao trabalho, além de outras formas de doenças e agravos decorrentes das sobrecargas de trabalho (HOEFEL; SEVERO; PORDEUS, 2018).

Outra problemática que pode interferir no panorama social e de saúde brasileiro consiste na reforma da previdência social (LOBATO; COSTA; RIZZOTTO, 2019). Dentre essas mudanças, estão os aumentos do período de contribuição e da idade para receber o benefício (BRASIL, 2019).

Ainda podem ser citadas, como importantes impasses que repercutirão no setor saúde, a flexibilização das leis de proteção ambiental, a possibilidade de rearmamento da população e outras reformas tradicionalistas que já estão em pauta na agenda do atual governo. Tais impasses são indicadores que asseveram obstáculos para o desenvolvimento do SUS, de suas políticas e da própria cidadania e democracia dos brasileiros (MALTA *et al.*, 2018).

Apesar de haver importantes avanços em relação à PS, o modelo biomédico centrado na doença e na atenção clínica-hospitalar está longe de ser superado. As ações em PS não estão realmente consolidadas de forma a contribuir significativamente de maneira a gerar saúde, bem como promover o enfrentamento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (MALTA *et al.*, 2018).

Esse modelo médico-centrado esteve presente nas falas dos participantes do estudo enquanto um importante problema que interfere de maneira relevante na realização das ações de PS.

> Eu acho que é sensibilizando muito. É um trabalho árduo, nem sempre o território aceita a promoção e a prevenção em saúde. Quando a gente trabalha no NASF a gente vê muito essa necessidade. **O que as pessoas gostam mesmo é de procurar o médico. A saúde ainda visa só médico, enfermeiro, a gente não tem ainda essa visão para a promoção em saúde**, a gente tem muitas dificuldades nos grupos. (Rqm2).

> Eu acho que o maior desafio, tanto da residência como do processo de promoção da saúde como um todo é a cultura dos usuários. É um grande desafio, **eles querem a medicina curativista do momento, eles não querem a promoção da saúde**, a prevenção, coisas a longo prazo, acho que o grande desafio é esse. (Rqm6).

> Até hoje, a gente tem muita dificuldade de promover saúde porque nós temos alguns grupos, **algumas ações de promoção da saúde e os próprios não aderem às ações**. Ai os usuários, eles não querem esse autocuidado, eles não procuram, eles fogem mesmo, eles não aderem às ações, fica muito difícil. (Rqm5).

As ações de promoção desenvolvidas pelo SUS, de forma geral, não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença (SOUZA *et al.,* 2019). Concomitantemente, permanece a hegemonia da Atenção à Saúde voltada para serviços assistenciais especializados e na figura dos hospitais, os quais estão alocados de forma desigual pelo território brasileiro (SOUZA *et al.,* 2019). Ademais, contribui-se para essa hegemonia a própria formação médica, que se manteve aos moldes do atendimento da década de 1980, voltada para a assistência ambulatorial e hospitalar em detrimento da APS. Soma-se a isso a questão do ato médico, que busca limitar as ações e serviços de outras categorias profissionais, dificultando ainda mais os serviços das APS (SANTOS, 2018).

Apesar disso, avanços são vistos em relação à formação médica, pois as DCN dos cursos de medicina e das demais profissões da saúde estão estimulando a formação de profissionais humanistas, crítico-reflexivos e éticos, enfatizando uma assistência com responsabilidade social, com respeito à cidadania e à dignidade do ser humano nos mais diversos processos de saúde e adoecimento (VERAS; FEITOSA, 2019).

Contudo, essas mudanças ainda precisam ser consolidadas de forma a atender às singularidades dos contextos apresentados. Além do mais, é importante a oferta de tecnologias de cuidado que gerem o enfrentamento das subjetividades que envolvem a vida dos usuários, gerando também reflexões em torno dessas realidades (VERAS; FEITOSA, 2019).

Há, portanto, diversos desafios ainda a serem superados pelo SUS, além de ações em PS que necessitam ser ampliadas, com articulação entre diversos setores relacionados aos DSS, concomitante ao aumento da cobertura dos serviços, com aperfeiçoamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (SOUZA *et al.,* 2019).

Além disso, o autocuidado precisa ser desenvolvido por parte dos usuários no sentido de serem responsáveis por sua saúde. Ainda mais nesse período de desenvolvimento tecnológico, em que as pessoas são “bombardeadas” por diversas informações, de forma a se conscientizarem sanitariamente, a fim de evitar agravos à saúde que possam ser evitados a partir de condições e hábitos de vida saudáveis (SANTOS, 2018).

Contudo, apenas capacitar a população em relação a hábitos de vida saudáveis não será suficiente para melhorar a saúde da população. É preciso que o Estado assuma sua responsabilidade de manter em equilíbrio a saúde das pessoas, por meio de ações econômicas que possibilitem o alcance de uma vida com mais qualidade, promovendo condições de

saneamento básico; ações de vigilância, para dirimir os riscos por causas evitáveis; e profissionais capacitados. Soma-se a isso, o controle do interesse em lucrar por parte das indústrias de produtos médico-hospitalares, que, muitas vezes, estão acima da necessidade de providenciar o bem-estar da população (SANTOS, 2018).

5.2 Competências em promoção da saúde no contexto da RMSF da ESP/CE

5.2.1 Conhecimento

A formação de trabalhadores para atuar no SUS deve ser capaz de solucionar as problemáticas com relação à educação na saúde, como a formação de profissionais para a APS, com uma visão voltada para atender às necessidades das comunidades (MACHADO; NETO, 2018).

Para Netto e Silva (2018), a integração entre ensino, serviço e comunidade – que estimula a inter-relação entre docente e discente – constitui a conjuntura mais oportuna para o desenvolvimento de CPS.

Nesse sentido, ao pontuar as RMS enquanto formação para profissões da saúde que buscam preparar para o SUS – "a partir do trabalho busca por meio da vivência de realidades experenciadas um co-engendramento educação-saúde-trabalho
com vistas à produção da formação a partir da realidade" (CEARÁ, 2012, p. 44) – confere *lócus* apropriado para o desenvolvimento das CPS, apresentando caráter de aprendizagem problematizadora, amparada nas necessidades de vivenciar a teoria e a prática ao passo que vivenciam e problematizam seus cenários de lotação.

Ao se tratar da PS, pode-se dizer que o desenvolvimento de competências ligadas ao referencial teórico CompHP, a partir da incorporação de algumas dessas competências nos currículos dos cursos, resolveria o problema da falta de uma definição clara para as competências essenciais para se promover saúde, um problema que ainda persiste na prática de PS no Brasil (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Para os residentes, ainda existem dúvidas em relação ao termo CPS, contudo, em seus discursos, citam diversas competências presentes no CompHP, além de exibirem a sua importância.

> **O conhecimento é fundamental para ter promoção da saúde**, o conhecimento, habilidades, formas de agir e de pensar. Tudo isso eu acho que seja importante. (Rqx4).

> Eu acho que das competências, o que primeiro de tudo precisa é ter **planejamento, planejar, conhecer o território que a gente atua**. **É ter uma boa articulação até com a rede**. Enquanto assistente social, eu acho que é ter um olhar diferenciado, porque a residência nos oferece muito isso. (Rqm2).

Além disso, os residentes associam o conhecimento à necessidade de apreender o território de atuação e a capacidade de articulação com a RAS, além do desenvolvimento de um olhar mais apurado, uma forma diferenciada de perceber o usuário.

Para o referencial CompHP, o promotor de saúde deve ter uma base de conhecimento sobre os conceitos, teorias, princípios, pesquisa e sobre a aplicabilidade prática da PS. Entre esses conceitos, podem ser citados: aqueles definidos nas cartas de PS; conceitos relacionados à equidade e justiça social, que são a base para a ação em PS; os DSS e sua importância para a PS; sobre a diversidade sociocultural e as iniquidades em saúde; modelos para a PS que abordem o empoderamento e conhecimento sobre pesquisas e teorias relacionadas às evidências atuais que embasam o processo de liderança, de defesa da saúde na construção de parcerias fortalecidas e suas consequências em ações de PS (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Além desses, ainda cabem os modelos de gestão que englobam o diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, com base nas necessidades em saúde; as evidências baseadas em pesquisas que incluem a utilização de métodos com vistas a realizar avaliações das ações; o uso de tecnologias e o processo de comunicação, relevantes para a efetivação da PS; e as políticas e legislações que envolvem diretamente a saúde e que sejam relevantes para a PS (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Nesse sentido, percebemos a partir das falas dos residentes, a presença de algumas competências presentes no CompHP, como conhecimentos relacionados à gestão, diagnóstico, planejamento e a construção de parcerias, percebidas a partir da necessidade de boa articulação com a RAS.

Esses diálogos também estão de acordo com o que afirmam Heidmann *et al.*, (2006), ao destacarem que os profissionais que atuam na área da saúde devem compreender a realidade da comunidade onde atuam, além da importância de realizar ações intersetoriais para que se possa interferir em outros campos, tais como saneamento e condições de vida.

Os achados deste estudo também corroboram Netto e Silva (2018), ao pontuarem a necessidade de conhecer o campo de prática, onde ocorre à experimentação do aluno com a

realidade, além do fortalecimento de vínculo com a comunidade e equipe profissional, gerando entendimento da realidade social vigente, condição essa imprescindível para a PS.

Para os preceptores, a formação promovida pela ESP/CE favorece a compreensão dos conceitos ampliados de saúde e cuidado, pois os profissionais apresentam um olhar diferenciado para as ações em saúde. Nesse entendimento, busca-se que os residentes percebam os usuários enquanto seres multidimensionais, e que todas essas dimensões sejam trabalhadas, muito além da percepção de sinais e sintomas patológicos.

> Eu compreendo que as competências que a gente tem é dar assistência ao usuário em si, em um cuidado de uma forma bem integral. **Por exemplo, por mais que a gente venha a procurar assistência especificamente clínica, temos que olhar ele como um todo e trabalhar através dessas promoções mesmo**. É facilitar a prevenção para que, talvez, o usuário não venha a ter outros agravos em relação à saúde, e assim evitar que ele chegue a não precisar dessa assistência médica. (PNqm2).

Nesse sentido, pela fala é possível perceber a presença de outras competências do CompHP, relacionadas ao entendimento de alguns conceitos e teorias relevantes para a PS, tais como a compreensão de que a PS deve ir além da doença, com uma assistência integral para além da clínica, sendo concepções expressivamente difundidas pelas cartas de PS (BRASIL, 2002a).

Desta feita, o cuidado enquanto prática sanitária deve perceber o usuário de forma integral, e os profissionais da saúde precisam dedicar-se aos indivíduos, para o alcance de um cuidado mais eficaz (CARNUT, 2017).

Assim como asseveram Tavares *et al.* (2016), para o aperfeiçoamento das CPS, é preciso que haja uma formação cujas práticas de ensino envolvam os educandos a partir da compreensão holística dos usuários além dos seus saberes práticos, construídos a partir das situações vivenciadas no dia a dia com um olhar ampliado sobre a saúde.

Para trabalhar na ESF, os profissionais necessitam de conhecimentos para o exercício de suas profissões, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Ademais, o cuidado deve ser visto como objeto de suas práticas, levando em conta que, para que os indivíduos possam ter saúde, dependem de condições sociais, políticas, econômicas e ideológicas (CARNUT, 2017).

A construção do conhecimento depende de um constante diálogo entre curiosidade aparente e a epistemologia, que instiga o processo de construção da autonomia. Nesse sentido, os saberes só podem ser desenvolvidos ao passo que existam propostas educativas que proporcionem uma educação ampliada – em completude e crítica –, tornando as potencialidades dinâmicas e condescendentes pelos professores que se comprometam com

a educação e os conhecimentos apreendidos, que são recriados por intermédio da experiência (BERKENBROCK-ROSITO, 2017).

> Nas rodas têm alguns textos que a gente trabalha isso. Têm alguns sobre saúde, tem o de saúde da mulher, saúde do homem. A gente trabalha mais nas rodas de campo e de núcleo. **Que eu me recorde não teve nada sobre esse termo específico de competências**. (Rqx3).

> Através dos módulos, dentro dos módulos. **Eu acredito que contemplou as competências, não assim tão específico**, mas nós tivemos alguns módulos logo no início, alguns módulos mais abrangentes. (Rqm2).

Esses achados corroboram o estudo de Silva *et al.* (2018a), realizado com docentes e discentes de onze cursos de graduação em enfermagem, não sendo, pelos relatos dos participantes, evidenciada uma diferenciação evidente entre a PS e o ensino específico das CPS.

No contexto da RSFC, os principais temas tratados dizem respeito aos conteúdos relacionados ao núcleo profissional, esquadrinhamento dos conteúdos presentes nos módulos, temáticas que sejam de comum acordo para os profissionais de mesmo núcleo, além da negociação de temas de interesse a todos os profissionais de saúde (CEARÁ, 2016).

Já as Rodas de Campo constituem-se em um momento interprofissional, que busca: aumentar a discussão entre os profissionais, acerca dos referenciais teóricos presentes nos módulos de ensino-aprendizado; aperfeiçoar os conhecimentos a partir do debate dos contextos permeados pelo campo e núcleo profissional, de acordo com o módulo em estudo; e discutir temas de interesse para a equipe. Tal momento deve ser facilitado pelo preceptor de campo, embora, os protagonistas devam ser os residentes, por meio do diálogo e técnicas pedagógicas (CEARÁ, 2016).

São nesses cenários de roda que são discutidos e debatidos os problemas identificados no dia a dia dos serviços, além de serem usados artigos e outras publicações de acordo com os módulos em estudo. Nesse sentido, os processos de roda corroboram a pedagogia de Freire, com base na qual não existe comunicação sem diálogo. Esse momento dialógico deve partir do ponto de que todos os envolvidos participem, sendo que a efetivação do processo comunicativo deve ocorrer por meio de problemáticas cotidianas (FREIRE, 2002; PITANO, 2017). O uso do diálogo trata-se, portanto, de uma forma de superar a educação bancária, em que os conteúdos eram apenas repassados sem, contudo, pautar-se no pensamento crítico (LINO *et al.*, 2017).

Podemos inferir que as rodas de núcleo e campo são importantes dispositivos para a reflexão da realidade vivenciada, além de serem momentos sistematizados e permeados por

teorias, possibilitando, ao residente, levar o aprendizado teórico para a prática, além de problematizar as dificuldades vivenciadas cotidianamente.

Vale destacar que em nenhum momento os residentes e preceptores trouxeram à tona quais os aportes teóricos, princípios metodológicos e teorias que alicerçam o desenvolvimento de competências ou o próprio processo de ensino-aprendizado da residência. Achados semelhantes foram descritos por Arruda *et al.* (2016) os quais consideraram sem significância a posição dos residentes e preceptores em relação aos princípios pedagógicos, correntes epistemológicas e referenciais teóricos que orientam seus processos de formação.

Contudo, a própria dinamicidade das ações práticas e teórico-práticas adotadas pelos programas de RMS trazem inovações quanto aos métodos pedagógicos e outras tecnologias que privilegiam as práticas colaborativas, relacionadas à pessoa e suas vivências em relação ao trabalho. Nesse ensejo, essas estratégias favorecem o trabalho realizado a partir da troca de conhecimentos e saberes em equipe, com propósitos educativos tanto para residentes, quanto para tutores e preceptores (MENESES *et al.*, 2018a).

O conhecimento, portanto, não vem de um ato de passividade. É a partir das inquietações humanas que ele se desperta a conhecer, bem como a partir das problemáticas vivenciadas. O conhecimento trata-se de um recriar constante, e é por meio deste que se pode modificar a realidade (FREIRE, 2002; PITANO, 2017).

A mais, a problematização concebe o ser humano enquanto indivíduo, capaz de modificar o espaço em que vive. A partir de sua práxis cotidiana, é capaz de unir o pensar e o agir, a teoria e a prática, permitindo, a partir da reflexão de sua ação, compreender a realidade em que vive (FREIRE, 2002; PITANO, 2017).

Nesse ensejo, o profissional de saúde precisa de conhecimentos que vão além de técnicas aprendidas, sendo necessários também aqueles que os trabalhadores incorporam a partir da prática profissional. Um processo educativo que permeie métodos reflexivos sobre a realidade de seus cotidianos práticos é capaz de tornar esse profissional construtor ativo de seu conhecimento e, desse modo, é capaz de possibilitar a reorientação de suas práticas no sentido da PS (TAVARES *et al.*, 2016).

Para Netto e Silva (2018), as técnicas pedagógicas que operam positivamente para o desenvolvimento de CPS são aquelas pautadas na contextualização da realidade, considerando as questões sociais bem como a introdução e imersão dos educandos nas realidades dos serviços. Além disso, os preceptores são os profissionais que devem facilitar esse processo. Dessa forma, estes devem estar capacitados para auxiliar nos processos de aprendizagem dos residentes.

> Eu já fui a alguns encontros, **sempre senti muita necessidade (de aperfeiçoamento) porque sempre achei um pouco vago**. Eu já participei de alguns aperfeiçoamentos e já fui a vários encontros. Teve uma pausa no início do ano, mas está voltando os encontros mensais que a gente vai, mas sempre acho que deixa um pouco a desejar na questão do aperfeiçoamento. (PNqm1).

> Na verdade, durante a imersão, é como um matriciamento na ESP para os preceptores novatos. No geral acho que é bem voltado para o preceptor em que apresentam o regimento de residência. **Então, é muito voltado para o que o residente deve fazer ou não, então eu acho que acaba contemplando as competências**. (PCqx1R).

> Eu acho que fiz já uns dois cursos de aperfeiçoamento pela ESP. **Não teve especificamente em Promoção da saúde**, foi mais global, em um currículo baseado em competências. (T2).

A partir das falas, é possível empreender que os preceptores sentem a carência de formação para atuar na RMSFC. O aperfeiçoamento realizado pela ESP existe, contudo foi considerado vago, de forma a não cumprir com as necessidades que esses preceptores apresentam.

Os preceptores de núcleo são aqueles que realizam a supervisão, permeando o processo docente-assistencial, por núcleo profissional, a partir das ações desenvolvidas em serviço. Eles orientam os residentes de mesma profissão (núcleo profissional), buscando desenvolver competências características da categoria profissional (CEARÁ, 2013a).

O preceptor de campo também tem função docente-assistencial, exercida no campo de atuação. Ele deve orientar a equipe multiprofissional de maneira longitudinal, durante os dois anos de formação, com vistas a desenvolver competências e estimular os processos de trabalho (CEARÁ, 2013a).

Já os tutores têm como função a direção ética, política e pedagógica em relação à orientação docente, sendo exercida de forma presencial ou a distância, tanto para os preceptores quanto para os residentes. Como titulação mínima, exige-se título de especialização, sendo preferível o título de mestre. Destaca-se ainda que esse profissional deve atuar como referência para discentes e preceptoria, devendo ser vinculado à instituição formadora (CEARÁ, 2013a).

Para exercer suas funções, esses atores necessitam estar capacitados para conduzir o processo pedagógico de formação em serviço dos residentes. Tal condução do processo de capacitação da preceptoria e da tutoria deve ocorrer por parte da instituição formadora, que deve buscar aprofundar o conhecimento prévio desses atores.

> Aí acaba que também os **nossos preceptores não têm conhecimento de como deve ser**. (Rqm1).

> A formação é feita com o residente. **Já para os preceptores, eles não têm a mesma formação que a gente**, aí como é que eles irão nos acompanhar se eles não apresentam a mesma formação que nós temos? (Rqm3).
>
> De um modo geral a **preceptoria de núcleo não fomenta tanto a promoção da saúde para os residentes, não acompanham e não orientam**. Ocorre apenas no momento pontual das rodas de núcleo e depois a gente que realiza as ações independentes deles. (Rqm6).
>
> Não ajudam, **em relação a preceptoria não**. Na minha ênfase não. (Rqx4).

A ausência de uma formação mais abrangente também é sentida pelos residentes, que consideram necessário haver um processo formativo que contemple as necessidades da residência, para que possam se apropriar do processo de formação. Então, os residentes consideram a preceptoria fragilizada, tanto em relação ao conhecimento quanto em relação ao acompanhamento dos residentes.

Durante a coleta de dados, foi perceptível o sentimento de insatisfação e descontentamento por parte dos residentes em relação a essa ausência de assistência, o que pode ser considerado um fator prejudicial para a formação desses atores.

Apesar da importância dos preceptores para o processo de formação dos discentes da residência, aqueles não recebem bolsas. No caso da RMSF da ESP/CE, os preceptores são disponibilizados pelos municípios. O financiamento dessa residência é feito de modo tripartite em que o MS fica responsável pelo custeio das bolsas dos residentes, a ESP/CE, enquanto autarquia estadual, fornece o processo de formação, além de parte do corpo docente representado pelos tutores e coordenadores, enquanto os municípios de lotação se responsabilizam pela preceptoria e oferece condições necessárias para o trabalho onde os residentes são lotados (ARRUDA, 2015).

O preceptor de núcleo deve ter carga horária mínima de 20h semanais, com um preceptor para cada núcleo profissional, bem como um preceptor de campo com carga horária de 40h semanais (CEARÁ, 2012). É comum, no cotidiano das RMSFC da ESP/CE, alguns desses preceptores já fazerem parte do corpo de funcionários do município, sendo ajustada a carga horária para realização das atividades correspondentes à preceptoria. Em outros casos, também acontece do profissional ser contratado de modo exclusivo para as atividades da preceptoria ou ocorrer ampliação da carga horária para designar as atividades da residência (ARRUDA, 2015).

A precariedade do vínculo profissional dos preceptores também foi verificada pelos residentes, além de ser uma condição causadora de descontentamento e desmotivação para os residentes:

> Até porque sempre como eles falam (os preceptores), **a escola também dá a desculpa por não ter um incentivo da prefeitura**, um incentivo que seja próprio da escola entendeu? Eu acho que **fragiliz**a também, esse processo para a gente, **porque desmotiva**, talvez se houvesse esse incentivo, poderia melhorar. (Rqm2).

A disponibilização desses profissionais nem sempre é feita da forma que é preconizada pela RMSFC. Além disso, diversos fatores têm influência sobre a atuação da preceptoria nos municípios, tais como: relações de trabalho frágeis em relação ao município; contratações temporárias e sem vínculo empregatício; relação de trabalho em que os profissionais se tornam submissos às ordens da gestão municipal; acumulação de diversos serviços para garantir uma renda favorável; insatisfações com o cenário do trabalho, entre outros. Todos esses fatores contribuem para a rotatividade de profissionais e para as suas instabilidades nas funções de preceptores, o que prejudica a continuidade da formação dos residentes (ARRUDA, 2015).

Em relação aos tutores, eles recebem bolsa da ESP/CE. Contudo, não apresentam estabilidade quanto ao vínculo empregatício, sendo contratados por meio de seleção pública, com período de tempo de atuação predeterminado. Nesse sentido, a instituição responsável pela formação não apresenta um corpo docente perene, o que desencadeia a alta rotatividade profissional (ARAÚJO FILHO, 2017).

Com relação à formação pedagógica, o modelo adotado pelas residências busca ressignificar os processos de ensino-aprendizagem. A figura do educador passa daquele desenvolvido em sala de aula, a partir de exposições conteudistas, para outro que desencadeiam maior contato com a realidade dos serviços. Contudo, o modelo de formação hegemônica, baseado no simples repassar de conteúdos, ainda é predominante na situação brasileira, pois a reflexão crítica sobre as condições de vida dos usuários ainda é subjugada, o que gera consequências negativas para a prática profissional (CECCIM *et al.*, 2018).

Muitas vezes, esse ato de aprender e ensinar dos tutores e preceptores ainda permanece enraizado na especialização da clínica e na fragmentação de conteúdos, fruto de um modelo educacional hegemônico que enfatizava práticas metodológicas tecnicistas. Isso implica em muitas dificuldades para os processos de trabalho interprofissionais e compartilhados, distanciando-se de uma educação crítica, reflexiva e problematizadora, que deve ser o foco do ensinar-aprender no contexto das RMS (MENESES *et al.*, 2018).

Além disso, em decorrência do crescimento das residências pelo país, a atuação de preceptores e tutores também precisou se expandir e, como consequência desse processo, faz-se necessário que esses atores sejam vistos com outros olhares por parte das instituições

formadoras, havendo, cada vez mais, a necessidade de qualificar esses profissionais com vistas a realizar as reais mudanças que a formação nas RMS enseja (MENESES *et al.,* 2018).

É importante ressaltar que, para que as RMS tenham um real potencial transformador, é necessário que haja tutores e preceptores comprometidos com os programas de residência em saúde. Para tanto, é relevante a valorização da atividade docente, com oferta de empregos estáveis e com vínculo empregatício; período de tempo reservado para o ensino; produtividade considerada também em relação à prática docente; ações incluídas em planos de cargos, carreiras e salários; e a disponibilidade desses atores para estarem presentes nos cenários de lotação, a fim de evitar que os residentes em formação sejam utilizados em substituição dos profissionais em serviço. Essa é uma luta constante dos atores que compõem as residências (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

Para a PS, como esperar que os tutores e preceptores colaborem para a aquisição de competências em PS, quando eles não conhecem o que são essas competências necessárias para um bom promotor em saúde? Como conseguir estimular que os residentes realizem ações em PS, quando na vivência dos próprios preceptores, muitas vezes, só se valoriza a clínica, o atendimento e o alcance de metas? Como, por meio de tantas dificuldades, não perder o estímulo em formar profissionais para uma realidade com tantas dificuldades?

Em resposta aos questionamentos propostos, acredita-se que é preciso enfatizar a necessidade da valorização dos profissionais enquanto preceptores da residência, com salários, vínculo empregatício e carga horária compatíveis com suas funções, além da importância da realização de cursos de capacitação relacionados ao processo de ensino aprendizado dos residentes, de acordo com o projeto político pedagógico das instituições atrelado às reais necessidades locais.

Além disso, os autores deste estudo corroboram aquilo que ensina Paulo Freire:

> É preciso que, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem forrar, é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém (FREIRE, 1996. p. 13).

Acredita-se, portanto, que as RMSFC, ao realizarem a formação em serviço, proporcionam espaços para ações e interações entre preceptores e tutores, que acabam contribuindo para a formação de uma consciência crítica, emancipadora e problematizadora

em ambos. Assim, é possível mudar e contribuir para a ressignificação de práticas e conhecimentos, por meio de vivências e da própria experiência com os educandos.

Assim, como na fala a seguir, pode-se perceber que a preceptoria de campo de Quixeramobim é considerada enquanto uma potencialidade.

> Como potencialidades a gente tem a preceptoria de campo, **o que a gente quer fazer ela acolhe**. Sempre que precisamos de alguma coisa **ela faz o possível para que aconteça**. Acho que essa é a nossa maior potencialidade. (Rqm5).

Um das possíveis explicações para a preceptoria de campo ser considerada uma potencialidade pode decorrer do fato de a profissional que ocupa esse cargo exercer suas funções de preceptora há cerca de cinco anos, o que demonstra a importância do vínculo no trabalho, além da experiência, como um importante fator para o sucesso de ser preceptor.

É importante destacar que, mesmo diante de um processo formativo que também permite a formação dos tutores e preceptores, faz-se imprescindível também o acompanhamento pela instituição formadora, tendo em vista a complexidade que envolve o campo docente, especialmente quando esse processo de formação é permeado pelo campo prático.

5.2.2 Valores e princípios éticos

A ética pode ser considerada como um conjunto de valores aceitos em sociedade por meio dos grupos nos quais os indivíduos são pertencentes. Está relacionada ao agir diário, às tomadas de decisões, princípios e valores relevantes naquele contexto social (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Especificamente para a área da saúde, o enfoque ético destina-se especialmente à formação profissional, relacionada às normas presentes nos códigos de ética das respectivas profissões, que orientam os trabalhadores em saúde a agirem durante o exercício profissional de uma maneira determinada (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

A ética passa a ser baseada na deontologia, ou seja, no dever, sendo, portanto, uma ética baseada no cumprimento de normas e prescrições daquilo que deve ser realizado. Nesse caso, a ética está relacionada a fazer o que é certo, e isto posto, não fazer aquilo que é incorreto. Em outros termos, ela consiste em fazer estritamente aquilo que legalmente é aceito, obedecer ao código de deontologia profissional e assumir especificamente uma dada postura (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

Como afirma Freire, (1996, p. 29); “Por isso mesmo a capacitação de mulheres e de homens em torno de saberes instrumentais jamais pode prescindir de sua formação ética”, nesse sentido a educação ética dos residentes deve ser valorizada em todos os sentidos.

> Primeiro a competência dentro da sua categoria. **Não fazer nada que fuja da sua competência**, **que possa causar algum dano ao paciente**. O **sigilo** das ações, que às vezes você tem que ir com um profissional que não respeita, na minha opinião é isso. (Rqx3).

Para alguns residentes, é necessário obedecer ao código de deontologia profissional, relacionado ao agir corretamente, ao obedecer às condutas pré-estabelecidas, o que constitui a forma como os profissionais aprendem a bioética no contexto de suas categorias profissionais. Ademais, a ética profissional também pode ser compreendida a partir da capacidade reflexiva e circunspeção; realização de autocrítica, associação aos valores humanos fundamentais; busca por desenvolver a excelência profissional; e fomento ao bem, para além do que é considerado obrigação específica. (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

A realização de ações em PS também faz parte do escopo de ações da ESF, portanto, deve ser permeada por valores e princípios éticos dos profissionais que realizam tais ações.

> **Equidade**, especialmente para a gente que trabalha em atenção primária. A **gente foca tanto nos grupos prioritários**, mas, às vezes, **tem um grupo que necessita mais**, mas que a gente não consegue balancear esse serviço. Eles (os usuários) não procuram e acabamos não chegando até eles, então eu acho que é fundamental. (Rqm5).

> Eu acredito que, não é pelo fato de ser uma ação voltada para o público que não se tenha que levar em consideração os **valores individuais** de cada pessoa. Cada pessoa deve **ser respeitada nos valores que ela tem**. Você deve **tratar como um atendimento individual**, com a escuta qualificada, a questão ética, do **sigilo**, todas essas coisas são importantes. (Rqm3).

Para o referencial CompHP, Dempsey *et al.* (2011) enfatizam que, para a OS, os valores e princípios éticos pelos quais um promotor de saúde deve apresentar estão relacionados à justiça social, à autonomia, ao poder de escolha dos indivíduos e à equidade, sempre tendo em vista a colaboração profissional. Também é importante reconhecer a saúde como um direito humano essencial para seu desenvolvimento; é preciso respeitar o sigilo, os valores dos usuários, seus direitos e dignidade; respeitar as questões relacionadas às diversidades socioculturais como um todo, inclusive aquelas relacionadas ao gênero, incapacidades e orientação sexual (DEMPSEY *et al.,* 2011).

Além desses, o CompHP cita o combate às iniquidades, com prioridade para as populações mais carentes e marginalizadas; enfocar nos DSS; evitar danos e buscar causar

benefícios frente às ações de PS; honestidade; basear as ações e informações verídicas para implantar programas e políticas para a saúde de maneira efetiva; estabelecer parcerias; tornar sujeitos empoderados na construção do próprio respeito e autonomia, sendo o respeito como sustentáculo para as ações em PS; contribuir para ações em PS com vistas ao desenvolvimento sustentável; responsabilizar-se pela qualidade das ações que são realizadas, com uma postura de melhorar seus conhecimentos e habilidades cotidianamente (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Ao analisarmos o discurso dos residentes, são percebidos os valores e princípios éticos presentes no CompHP de equidade, a prioridade das ações para grupos mais vulneráveis; sigilo; respeito aos valores, direitos, dignidade, a autonomia dos indivíduos e combate às iniquidades.

Esses achados vêm a corroborar o estudo de Netto, Silva e Rua (2016), no qual os valores éticos foram percebidos a partir da equidade, respeito à autonomia, às escolhas individuais e comunitárias, em um processo de trabalho em que haja a colaboração interprofissional e o trabalho em equipe.

Outro estudo traz como valores e princípios éticos, desenvolvidos no processo de uma RMSFC, a resiliência dos profissionais, o desenvolvimento de posturas que denotam interesse, compromisso, envolvimento, proatividades, respeito, inovação, paciência, iniciativa e disponibilidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Contudo, alguns valores e princípios éticos necessitam serem mais presentes no discurso dos residentes para a PS de modo eficaz.

É importante apontar que a ética também faz parte do ensinar e do aprender. Os preceptores e tutores são peças importantes para isso. Assim, os preceptores auxiliam no desenvolvimento de valores e princípios éticos para as ações dos residentes, aproveitando as vivências desses atores, para problematizar as situações cotidianas que envolvem as competências éticas dos profissionais.

> Eu tenho essa preocupação de estar conversando com eles, porque **a gente tem o código de ética** do assistente social, **eu tento ser uma referência**. Eu vim para contribuir com eles, eu tento e todo semestre a gente trabalhava. Eu vejo a liberdade, **coloco a liberdade como valor central do nosso trabalho**. A questão da **recusa de qualquer forma de preconceito, de autoritarismo**. **Arbítrio**, isso que a gente coloca. Os direitos humanos também como algo que a gente deve prezar sempre. A gente coloca até como **uma defesa intransigente dos direitos humanos**, que deve até nortear por esses princípios. (PNqm3).

> A gente tenta levar em consideração muitos princípios éticos do SUS, tentando preconizar a **humanização no SUS**, o **princípio da equidade**, porque são os pilares para quem é um profissional do SUS. (PCqm1).

Aqui são percebidas a presença de outras competências presentes no CompHP, como respeitar as questões relacionadas às diversidades socioculturais e o respeito aos indivíduos e sua autonomia. Isso fortalece o desenvolvimento de uma consciência crítica e contribui para a realização de ações em PS com mais qualidade, respeito e equidade. Nesse sentido, "o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros" (FREIRE, 1996, p. 31).

Pela percepção apresentada, é possível inferir que é valorizado o código de deontologia por núcleo profissional, o qual é trabalhado como uma forma de favorecer o conhecimento dos profissionais acerca daquilo que lhes compete profissionalmente, além de favorecer as tomadas de decisões éticas que alicerçam as profissões, incluindo, assim, mais uma competência presente no CompHP: evitar danos e buscar causar benefícios frente às ações de PS.

Vale salientar que é preciso levar em consideração a ética como um campo delicado, no sentido da tomada de decisão profissional e determinações morais, relacionadas, muitas vezes, a situações que envolvam assuntos considerados polêmicos como vida, morte e os limites das intervenções. Nesse entendimento, ao se tratar do ensino da ética, de imediato, já se remonta a assuntos conflitantes relacionados à política, cultura, meios sociais e econômicos, referentes aos métodos e conceitos a serem empreendidos (GARRAFA; CUNHA; MANCHOLA-CASTILLO, 2020).

É possível perceber também a forte presença da equidade na fala empregada pelo preceptor, que assim como assevera Fortes (2015), a partir do conceito de saúde em um mundo globalizado, é necessário desenvolver concepções de equidade, além da justiça social e da solidariedade, os quais correspondem a princípios para o desenvolvimento de valores éticos, que devem ser trabalhados por meio da reflexão crítica.

Nesse sentido, o mesmo autor configura a equidade como forma de tratar os indivíduos de acordo com suas necessidades. O tratamento das pessoas deve ser, portanto, diferenciado, de forma a responder às carências individuais. Nesse quesito, a figura do Estado, a partir de suas políticas públicas, deverá garantir, da melhor forma possível, a distribuição equânime de recursos e, assim, reduzir as problemáticas que afetam a vida das populações.

> A gente **trabalha essas questões nos módulos**, inclusive o módulo de agora vai trabalhar essa questão da **ética na saúde** e a gente vai trazer um diferencial dos módulos passados fazendo **a vivência dos meninos nos conselhos profissionais**. Assim, o **conselho então aproxima da prática profissional**. Nós trazemos então primeiro o macro, transversal e depois definindo as profissões, então eles vão ter essa vivência profissional e aí **a gente trabalha também essa questão nos módulos das rodas**. (T1).

Para os tutores, a ética é trabalhada a partir dos módulos teóricos, momentos em que as temáticas são expostas, problematizando com o cotidiano prático. O módulo é disparado durante a formação dos residentes na sede da ESP/CE. Isso é trabalhado inicialmente de forma transversal, ou seja, de forma comum a todos os residentes e, posteriormente, por núcleo profissional, por meio da visita aos Conselhos Profissionais. Após, são levados ao cotidiano prático, com reflexões durante as rodas de campo e núcleo.

A partir da percepção dos tutores, os valores e princípios éticos para a PS são desenvolvidos a partir do diálogo, nos momentos de roda. Nesse sentido, a RMSFC da ESP/CE colabora para o aperfeiçoamento de valores e princípios éticos não só para a PS, mas também para o desenvolvimento profissional, por meio das vivências, da conscientização crítica e dos ensinamentos teóricos. Dessa maneira, a formação de princípios morais e éticos deve ocorrer com primazia, haja vista que "se se respeita a natureza do ser humano, o ensino dos conteúdos não pode dar-se alheio à formação moral do educando." (FREIRE, 1996, p. 18).

Assim, no contexto da formação profissional, deve ser dada atenção à forma como a construção de valores é vivenciada e socializada pelos educandos, a partir do desenvolvimento de estratégias que cooperam com o aperfeiçoamento moral para a atuação profissional com respeito à dignidade humana (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

5.2.3 Capacidade de mudanças

Para a PS, a capacidade de mudança significa preparar os próprios indivíduos para realizar ações em PS, a fim de melhorar a saúde de si e dos demais ao seu redor, além de contribuir para a redução das iniquidades (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Para esse domínio, é necessário que os promotores em saúde desenvolvam as seguintes competências: Trabalhar de modo intersetorial com vistas a apoiar o desenvolvimento de políticas públicas que tragam mudanças positivas para a saúde e contribuam na redução das desigualdades; Realizar ações de PS que busquem empoderar os indivíduos, além de apoiar as capacidades de liderança, a equidade e a participação, a fim de desenvolver ambientes que sejam promotores de saúde; Promover o desenvolvimento das comunidades, favorecendo a participação popular e o desenvolvimento de capacidades para produzir ações em PS; Cooperar para o aperfeiçoamento de habilidades individuais que

contribuam para melhorar a saúde; Trabalhar cooperativamente com atores-chave para reorientação dos serviços (DEMPSEY *et al.*, 2011).

> Aí vimos muitos a questão **do empoderamento e do esclarecimento**, que a gente esclarece o paciente, deixa levar naquela necessidade e aí, ao mesmo tempo, **faz esse empoderamento para que ele possa se sentir não em uma obrigação de fazer, mas que ele se sinta em uma posição de enfrentar a necessidade que ele tem no momento**. (Rqm3).

> Eu acho que de duas formas, a primeira pela **constância das atividades**, pela residência sempre pregar muito essa questão de promoção em saúde **a gente sempre tem aquela constante práticas de atividade,** diferente do profissional do serviço que faz uma vez, que são bem pontuai**s**. Buscamos sempre a **forma mais interativa, uma forma mais dinâmica**, sobre aquilo que queremos passar. (Rqm4).

> A gente realiza as **atividades de educação em saúde**, mostrando para eles, a importância, daquilo dali, como a gente já fez sobre a H1N1, que realmente serve. A questão de lavagem de mãos, de coleta de lixo, tudo **a gente mostra o que é**, **faz uma dinâmica, tenta levar para a vida deles**, **para que ele adquira aquele conhecimento, e tente modificar alguma coisa**. (Rqx1).

Por meio das falas apresentadas, é possível identificar as competências presentes no CompHP, a saber: realizar ações que busquem o empoderamento; promover o desenvolvimento das comunidades, favorecendo a participação popular e o desenvolvimento de capacidades para produzir ações em PS; e auxiliar para o aperfeiçoamento de habilidades individuais que contribuam para melhorar a saúde.

Já no estudo de Silva *et al.* (2018b), a capacidade de mudança foi vista por meio da participação dos atores do estudo nas ações realizadas, o que demonstrou a disposição para aprender, dotando os indivíduos com mais autonomia e empoderamento em suas decisões.

Em outro estudo, a capacidade de mudanças foi considerada principiante e desagregada, contudo, as ações de PS conseguiram ampliar o acesso e o empoderamento dos participantes, o que contribuiu para a promoção da equidade em saúde (TUSSET *et al.*, 2015).

Os residentes também revelam que buscam realizar a PS com atividades que promovam o conhecimento sobre os hábitos de vida saudáveis, a partir de grupos e salas de espera. A noção de empoderamento é tida como uma forma de estimular o processo de autonomia e escolha, sendo possível compreender quais as melhores decisões que podem ser tomadas em prol de sua saúde. Além dessa noção, o termo empoderar pode ser visto como uma forma de conscientizar a população sobre o enfrentamento de suas necessidades, ou seja, influenciar em tomadas de decisões que corroboram aquilo que os indivíduos necessitam.

Cumpre destacar que a educação em saúde favorece o autocuidado, o gerenciamento individual e coletivo da saúde. Ela não produz o afastamento dos usuários, mas vincula-os às unidades (FIGUEIRA *et al.*, 2018). Os desenvolvimentos da autonomia e do

empoderamento dos indivíduos não conseguirão impactar sua saúde se eles não vierem acompanhados das condições socioeconômicas que promovam o pleno exercício da saúde dos indivíduos.

A partir das competências presentes no CompHP (DEMPSEY *et al.*, 2011) é possível perceber que o empoderamento vem sempre associado à promoção da equidade e ao desenvolvimento de políticas públicas que corroborem a saúde da população, auxiliando no enfrentamento dos DSS.

Atualmente, o conceito de autonomia está enraizado na cultura da liberdade, em que todos os seres humanos são livres em escolha e modos de vida. Entretanto, as questões relacionadas à alimentação, atividade física, lazer e informações essenciais, extrapolam a mudança de hábitos, sendo dependente de melhores condições de vida. Nesse sentido, as concepções de PS estão sendo influenciadas pelo neoliberalismo, em que o poder de escolha é tomado como justificativa para tornar legítima a insuficiência de políticas públicas Estatais, nas quais os investimentos para a saúde são considerados gastos públicos (FURTADO; SZAPIRO, 2016).

Portanto, ao enfocar na aquisição de rotinas saudáveis, pode-se debilitar a autonomia dos indivíduos, haja vista que a essência das ações estará relacionada à regulamentação social e modos de vida saudáveis, restringindo as decisões das populações, portando-se como estratégias de vigilância dos modos de viver das comunidades (HAESER; BUCHELE; BRZOZOWSKI, 2011).

Ao abreviar a PS ao conceito de educar para aquisição de hábitos de vida saudáveis, reduz-se à superficialidade das discussões sobre as políticas públicas que envolvem o processo de saúde-doença, pois o SUS deve responder de forma efetiva. Ao considerar a liberdade enquanto natural ao ser humano, e, portanto, já pertencente a ele, deixa-se de lado a necessidade de reflexões sobre o processo em que o agir autônomo depende da criticidade acerca dos modos de vidas que são impostos pela sociedade e pelo Estado (FURTADO; SZAPIRO, 2016).

> A gente sempre procura entender que a residência nos dá oportunidade de **deixar mais aquelas práticas voltadas muito para o assistencial**, e trabalhar junto a outros indivíduos a questão também da **corresponsabilidade**. **Então, o saber fazer, o saber ser, a gente consegue uma linha de sensibilização melhor para a comunidade, de eles entenderem que eles são parte do processo**, que não é só a gente que é responsável pela saúde deles, mas que o próprio indivíduo tem que se empoderar da sua saúde. Então a gente sempre tenta trabalhar com essa vertente de uma **forma mais criativa**, para que a gente consiga captar, um melhor acesso das pessoas. (PCqm1R).

Tanto nos residentes, quanto nos preceptores e tutores, percebe-se a importância do envolvimento da população, de forma que as atividades educativas realmente sejam apreendidas, e para isso, eles consideram que essas ações devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e lúdica, além de serem pautadas nas necessidades dos indivíduos.

O uso de práticas pedagógicas, que estimulem a participação e que utilizam o conhecimento pregresso dos usuários, é capaz de proporcionar a dialogicidade e a problematização, conduzindo os atores envolvidos, profissionais e usuários, a um processo de construção da autonomia de forma mais sólida. Nesse sentido, o uso de brincadeiras dinâmicas, quando alicerçadas para uma finalidade pedagógica, possibilita aptidões em promover o envolvimento e o despertar de emoções e vivências dos participantes (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

São consideradas práticas exitosas aquelas que conseguem colocar os usuários na posição de coautores no processo de ensino aprendizado, envolvendo-os em todos os aspectos das metodologias utilizadas (COSTA *et al.,* 2016). A partir dos relatos apresentados, pode-se perceber que as práticas dos residentes tentam colocar os usuários como ativos no processo de saúde e doença, além da constância da realização das atividades, o que favorece a construção da autonomia dos indivíduos.

Nesse ínterim, as ações de PS devem ser empreendidas para aumentar o poder de decisão individual e coletiva, em relação aos DSS relacionados a sua realidade, além de torná-los indivíduos críticos, reflexivos e questionadores. Desse modo, é preciso apresentar uma atitude de apoio aos indivíduos e comunidades, em que eles possam ser conscientes de suas possibilidades, com ênfase no saber popular e no autocuidado. Com isso, há a possibilidade de formar pessoas que realmente apresentem autonomia sobre seus modos de viver, sendo essa a direção para as ações em PS (HAESER; BUCHELE; BRZOZOWSKI, 2011).

Portanto, as atividades educativas, como salas de espera e grupos educativos, são vistas como momentos favoráveis ao desenvolvimento da autonomia, em que são usadas metodologias ativas e lúdicas que favorecem a aquisição do conhecimento.

Além disso, foi possível perceber que, pelos residentes não serem os profissionais responsáveis integralmente pelos serviços na ESF, eles têm mais tempo para desenvolver ações educativas, diferentemente dos profissionais dos serviços, os quais têm uma maior demanda de atendimentos e o cumprimento de metas. Dessa forma, as ações realizadas na residência são mais frequentes, o que possibilita a continuidade das ações, o acompanhamento da população e, consequentemente, a aquisição de conhecimentos e informações mais sólidas por parte dos usuários.

Entretanto, ainda é preciso ir além dessa concepção dos indivíduos enquanto seres que necessitam ser educados, e ir ao encontro do desenvolvimento de uma autonomia emancipadora no sentido crítico, para a luta por melhores condições de vida, bem como para a construção de políticas públicas que correspondam a essas necessidades. Nesse sentido, os autores concordam com o que afirmam Haeser, Buchele e Brzozowski (2011) ao pontuarem a ideia de que a autonomia é essencial para realizar ações de PS.

5.2.4 Advocacia em saúde

Para Germani e Aith (2013), a advocacia em saúde consiste em um dispositivo importante para o desenvolvimento social, permeado pelo propósito de alcançar equidade em saúde, bem como pela busca de garantir o bem-estar das pessoas nas dimensões física, social e mental. Nesse entendimento, é possível inferir que a advocacia em saúde busca a democratização e a difusão do conhecimento sobre as formas mais adequadas de PS, além de defender a saúde enquanto direito inerente ao cidadão.

Para Dempsey *et al.*, (2011), advogar em favor da saúde seria exigir, para as populações, condições favoráveis para o benefício de sua saúde e qualificação para ações em PS. As competências presentes nesse domínio são: usar técnicas para pleitear melhores condições de saúde, com base nos fundamentos em PS; promover o engajamento junto a pessoas influentes das comunidades; aprofundar a opinião pública para os assuntos relativos à saúde; requerer, junto aos setores responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas, ações que tragam impactos positivos e colaborem para a redução das iniquidades; encorajar as comunidades a se articularem com vistas a responder suas necessidades e capacidades necessárias para as ações em PS

> Lá no PSF que a gente trabalha, **existe ativo o Conselho Local de Saúde e a gente sempre coloca que ele existe**, **os Conselhos de Saúde, e que quem se sentir à vontade pode participar dessas reuniões**. Não só isso, mas como, por exemplo, já aconteceu, de chegar ao posto e não ter um tensiômetro, não ter um aparelho para verificar a glicemia ou dos usuários falarem que esse posto não tem nada. **A gente coloca para os usuários que eles têm voz, para poder ir atrás dessas coisas, para mudar a unidade de saúde do qual eles pertencem.** (Rqm3).

> Acho que uma das maneiras é **estimular a participação nos Conselhos Locais de Saúde**, um espaço que é justamente para isso. **Muitas vezes, em grupo ou em sala de espera a gente trabalha essa temática de que os usuários também têm esse poder, tem essa voz para fazer a diferença**. Muitas pessoas acham que só eu falando, não vai acontecer nada, mas a gente tenta estimular uma participação no Conselho de Saúde. (Rqm4).

A partir dos discursos, foram vistas todas as competências presentes nesse domínio. Nesse sentido, os residentes estimulam a participação dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde, como vozes ativas para reivindicarem por melhores condições, especialmente em relação aos serviços de saúde. Essa fala também revela a precariedade de insumos que, muitas vezes, vivenciam as ESF.

Gandra e Silva (2019), ao analisarem a compreensão do termo advocacia em saúde, estudo realizado com 10 docentes e 11 estudantes de um curso de graduação em Enfermagem, desvelaram o termo como proteção do SUS enquanto sistema universal com valorização da equidade e justiça social, além da participação popular, como base essencial e capacidade de tornar usuários e profissionais como corresponsáveis pela luta de seus direitos.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, com poder de deliberação, constituindo-se em dispositivos de participação social, nas instâncias municipal, estadual e federal, atuando na elaboração de procedimentos, bem como no controle da implementação das políticas públicas em saúde (BRASIL, 1990). Tal Conselho, apresenta composição paritária entre usuários e demais membros: 50% de representativos dos usuários; 25% de representantes dos trabalhadores em saúde e 25% de representações governamentais, de serviços privados com convênios com o SUS, ou instituições sem fins lucrativos (BRASIL, 1993; 2003).

Vale salientar que os Conselhos de Saúde possuem um regimento específico redigido pelo próprio Conselho e, como tal, definem a quantidade de conselheiros, o quantitativo e frequência das reuniões e o período de mandato. Tal regimento deve obedecer às resoluções federais, em relação ao cunho deliberativo e à proporção de representantes (FERRETI *et al.,* 2016).

Os Conselhos Locais de Saúde foram concebidos com vistas a permitir a participação da população para o desenvolvimento da saúde local dos territórios adstritos às unidades de saúde. Estes, por sua vez, são órgãos com poder de consulta, não apresentando poder deliberativo (FERRETI *et al.,* 2016; MATUOKA; OGATA, 2010).

Ao estimular a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde, durante os momentos de salas de espera e grupos educativos, os residentes cumprem o dever de estimular o conhecimento do verdadeiro papel dos Conselhos, no sentido de reivindicarem melhores condições, além das insatisfações e necessidades referentes à unidade de saúde. Tal iniciativa, assim como asseveram Miwa, Serapioni e Ventura (2017), é importante ao passo que, quando a função dos conselheiros não é divulgada, a população acaba desconhecendo a função dos Conselhos de Saúde.

Merece destaque a comunicação como um importante fator para a advocacia em saúde, em que, no dialogismo entre usuários e profissionais, é possível auxiliar a população em torno das decisões sobre a própria saúde, direitos e deveres, buscando melhorar a qualidade do cuidado. Nesse sentido, a comunicação é relevante também porque permite capacitar a comunidade a exigir, junto aos próprios profissionais, ações de PS (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

Germani e Aith (2013, p, 39) afirmam que "a educação em saúde é um dos caminhos para a promoção da saúde". Nesse sentido, os achados deste estudo concordam com Figueira *et al.,* (2018), os quais compreenderam as práticas de educação em saúde, na ESF, como atividades que aprimoram as ações de advocacia em saúde. Segundo os mesmos autores, ao estimular o empoderamento dos participantes e contribuir para a aquisição de novos conhecimentos, além do desenvolvimento da própria autonomia, os usuários se tornam mais conscientes da realidade na qual vivem. Nesse sentido, ao estimular a troca de saberes entre profissionais e usuários, eles passam a se atentar ao contexto em que estão inseridos, sendo, portanto, uma forma de reivindicar por melhores condições de saúde e por políticas públicas que favoreçam isso.

> Em sala de espera dá para fazer, esse momento de **estar incentivando, de estar orientando o usuário sobre a questão dos direitos deles, principalmente os direitos que são violados**. **Na Conferência da Saúde que eu participei**, a gente fez um momento com eles, que **era um momento que eles deveriam estar reivindicando o direito dele**s. Sendo assim, **em grupos, em salas de espera sempre, e até no próprio acolhimento,** dá para se trabalhar essa temática com o usuário. (PNqx1).

> A gente sempre tenta fazer com que eles **participem das Conferências de Saúde, porque eles têm voz ativa**. As Conferências, a gente está sempre trabalhando o letramento, para ele **saber falar o que ele precisa naquele momento**. Porque às vezes, o paciente chega numa unidade e não sabe se dirigir, vai embora sem ser atendido por que não soube falar, não soube dizer o que estava precisando. (PCqx1).

> A **gente tem um eixo político**, que a gente fala nesse sentido de **fortalecer a participação popular e o controle social.** Para isso, logo de início, **ao construir a agenda, tem que aparecer na agenda deles, ações voltadas para o fortalecimento do controle social e da participação popular.** (T2).

Para os tutores, a participação social é algo que é pactuado com os residentes e deve estar presente em suas agendas. Isto é, nas agendas dos residentes, dentre as atividades que eles devem cumprir, estão presentes ações que fortalecem o controle social e estimulam a participação dos usuários. Já os preceptores encorajam a realização da advocacia em saúde nos residentes, ao sensibilizá-los sobre a importância de estarem presentes nas Conferências

de Saúde, enquanto lugar de voz ativa. Além disso, estimulando a realização de grupos e salas de espera com a temática sobre direitos e necessidades dos usuários.

As Conferências de Saúde também são um importante mecanismo de controle e participação social, para avaliar o contexto da saúde e sugerir diretrizes para a elaboração de políticas públicas em suas instâncias correspondentes (BRASIL, 1990). A mais, são consideradas as categorias superiores em relação ao controle social, não só pelo seu caráter deliberativo em relação às políticas de saúde, mas especialmente por se constituírem campos de incentivo e aprimoramento de militância da saúde brasileira. Historicamente, algumas Conferências foram marcos importantes para diversas mudanças organizacionais (MIRANDA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, as Conferências de Saúde também promovem celebrações e conexões entre as figuras sociais mais diversificadas e grupos representativos dos mais diferentes setores relacionados à saúde. São períodos fortes e incentivadores – em relação à expressão de necessidades e demandas – da mobilização entre os mais variados interesses da dinâmica pública (MIRANDA *et al.*, 2016).

Além disso, os preceptores colocam como importante o desenvolvimento de atividades que direcionam os usuários em relação aos seus direitos e necessidades. Sinalizam a realização da sensibilização da comunidade para além dos Conselhos de Saúde, usando os momentos oportunos de grupos, acolhimento e sala de espera.

Nesse sentido, o presente estudo corrobora o que asseveram Figueira *et al.,* (2018) ao considerarem que o desenvolvimento da advocacia em saúde também se expressa ao estimular os usuários frente as suas opiniões em relação às temáticas trabalhadas no dia a dia. Esses momentos ocorrem nas unidades de saúde, por meio da troca de vivências e conhecimentos, em especial, quando estes são direcionados ao fortalecimento de valores relacionados à cidadania, bem como à preservação dos direitos garantidos por lei.

Achados semelhantes foram vistos no estudo de Dias *et al.* (2018), no qual os docentes estimulavam os alunos a terem criticidade, bem como desenvolverem suas próprias concepções no que se refere à saúde, além de debater e demandarem ações e iniciativas em favor das pessoas e comunidades.

Instigado a ter consciência crítica, o aluno passa a ter a capacidade de formular suas opiniões em relação à saúde, argumentar e reivindicar a favor dos usuários. Apesar de todas essas orientações, alguns discursos relativos à residência de Quixadá foram contraditórios em relação aos apontamentos anteriores:

> Essa questão é um pouco complicada. No local em que a gente trabalha que é o Campo Novo, a **gente não conseguiu trabalhar essa questão, porque lá o Conselho Local de Saúde está desativado**, só tem mesmo o Conselho Municipal. (Rqx1).
>
> Por exemplo, se a gente está sem médico, é um direito de a população ter um médico lá. **Eu acho fraco, eu acho que nós, enquanto residentes, pelo menos a gente que atua nessa parte assim de dar poder ao usuário**, de lidar, eu acho que não é muito bom não. (Rqx3).

O primeiro enunciado traz uma concepção muito restrita para a advocacia em saúde, como se a única maneira de exercer esse domínio fosse a partir da existência de um Conselho Local de Saúde.

Caso não exista um Conselho Local de Saúde na área onde os residentes atuam, não seria uma importante ação a possibilidade de, por meio da sensibilização da população, reativar o Conselho nessa localidade? O fato de o Conselho não existir invalida a realização de atividades que promovam e fortaleçam a participação social e o empoderamento dos usuários em relação aos seus direitos?

Nessa esteira, esse relato traz à luz um importante problema, presente em várias localidades, que consiste na inexistência de Conselhos Locais de Saúde. As populações exibem um sentimento de não pertencimento em relação a esses equipamentos, no qual, muitas vezes, não há o envolvimento da própria comunidade no processo de formação dos Conselhos (LISBOA *et al.*, 2016).

Outro importante fator diz respeito ao desconhecimento por grande parcela da população, quanto às atribuições do controle social. Tal fato pode ter relação com a tradição da democracia brasileira; conhecimento insuficiente sobre os Direitos Humanos; entendimento equivocado sobre cidadania (muito relacionado às questões de consumo); o conservadorismo ligado à condução da gestão pública, voltado ao poder decisório dos governantes, que acabam gerando certo afastamento entre as comunidades e o gerenciamento das políticas públicas (FERRETI *et al.*, 2016).

Quando os Conselhos Locais de Saúde existem, ainda persistem assuntos referentes à participação da comunidade nesses espaços, em que, muitas vezes, os próprios integrantes dos Conselhos desconhecem seu papel, havendo uma grande necessidade de capacitação dos usuários que atuam nesses espaços (BUSANA; HEIDDEMANN; WENDHAUSEN, 2015; LISBOA *et al.*, 2016).

Além disso, as reuniões dos Conselhos, em parte dos casos, não são divulgadas para o restante da população, o que coopera para a ausência de visibilidade dos Conselhos Locais, perante a comunidade a qual representam. Ademais, muitos usuários sentem-se

insatisfeitos com os serviços de saúde, o que contribui para o descrédito das políticas públicas. Os próprios conselheiros de saúde sentem-se desacreditados pela população, em decorrência da falta de resolução dos problemas, o que colabora, ainda mais, para a falta de participação da população nesses espaços (BUSANA; HEIDDEMANN; WENDHAUSEN, 2015; MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

Apesar dessas limitações, a participação social tem sido essencial para a construção das Políticas Públicas em Saúde, além de haver avanços em relação à consolidação da participação popular dos Conselhos de Saúde (LISBOA *et al.,* 2016). Ainda, para o fortalecimento da participação popular nesses espaços, é importante tornar as informações mais democratizadas, realizar discussões e troca de ideias sobre a importância de representatividade nos espaços de decisões. Nesse processo, é essencial a capacitação dos Conselheiros de Saúde, que desperte reflexões acerca das necessidades das comunidades, bem como das suas funções, em especial no que cerne às questões relacionadas às políticas públicas em saúde (FERRETI *et al.,* 2016).

Também foi visto, a partir de outra fala, a associação das ações em PS voltadas para a advocacia em saúde, muito ligadas ao profissional assistente social:

> Eu não me sinto com relevância para falar sobre isso, ainda mais dentro da minha categoria. **Eu acho que a assistente social possa. Eu acho fraco, eu acho que não é muito bom não**. (Rqx3R).

Fica perceptível no contexto do discurso, a visão de uma ausência do trabalho multiprofissional, dando a entender que as ações em PS relacionadas a advocacia em saúde pertencem apenas ao Assistente Social. Para Manfred *et al.* (2018), essa percepção pode estar relacionada ao trabalho exercido pelo assistente, justamente na mediação do acesso da população aos direitos sociais garantidos por lei, envolvendo várias áreas como o acesso à educação, moradia, previdência, saúde e outros.

Contudo, essas ações relacionadas à advocacia em saúde devem pertencer em toda a equipe multiprofissional. Nesse caso, como asseveram Figueira *et al.,* (2018), uma relevante estratégia para ampliar o escopo de ações em advocacia em saúde consiste justamente na atuação da equipe multiprofissional. Nesse contexto, vários profissionais proporcionam um entendimento diversificado sobre as necessidades dos territórios, bem como conseguem obter perspectivas diferentes e realizar um cuidado com mais integralidade, proporcionando ações direcionadas para a defesa dos interesses dos indivíduos.

Além disso, as ações realizadas pelos residentes também foram consideradas insuficientes e “fracas”, mostrando a necessidade de incentivar a realização de ações, de

forma multiprofissional, além de despertar, nesses atores, a capacidade para atividades que enfatizem a participação popular e o controle social.

5.2.5 Parceria

Uma característica marcante da RMSF é o trabalho multiprofissional, em que as equipes de residentes são construídas justamente de modo a favorecer o trabalho colaborativo entre diversas profissões que atuam na ESF.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional é aquele que exibe relacionamentos de reciprocidade entre ações diversificadas e a relação entre diferentes profissionais. Dessa forma, a concepção do trabalho multiprofissional confere congraçamento entre processos de trabalho diversificados, em que, para se tornarem integrados, devem ao mesmo tempo preservar as singularidades de cada eixo profissional e articular as ações realizadas pelos atores que compõem a equipe.

Dentro do trabalho multiprofissional se organiza o interprofissional, considerado como um tipo de trabalho que relaciona distintas perspectivas da saúde e/ou núcleos profissionais que têm, em comum, a participação em uma equipe; o trabalho conjunto e de forma integrada; e a interdependente em relação à realização das ações e serviços. Já a colaboração interprofissional seria uma forma de trabalho envolvendo profissões diferenciadas, as quais se unem com regularidade para a resolução de problemas e execução de ações (REEVES *et al.*, 2010).

Destaca-se que as equipes de saúde devem ser capazes de amplificar a atuação interprofissional além de seu próprio grupo de trabalho, atuando com outras equipes que fazem parte da RAS, além de articularem com a população e a comunidade. Nesse caso, as práticas colaborativas são relacionadas às situações mais amplas dentro da equipe, entre outras equipes e em rede, contando com a cooperação dos usuários (PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

Para a PS, estabelecer parcerias e trabalhar com outros setores é essencial. Diante disso, o domínio parceria representa o trabalho em cooperação entre as diversas profissões, de forma multiprofissional, interprofissional e intersetorial, com vistas a ampliar o escopo de ações em PS (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Dentro desse domínio estão presentes as competências de: incluir parcerias intersetoriais para auxiliar nas ações em PS; favorecer o trabalho das parcerias de modo a desencadear processos reflexivos em relação aos conceitos e padrões em PS; edificar

cooperações por meio da atuação colaborativa; promover a conciliação de interesses entre os setores envolvidos; e simplificar o aperfeiçoamento e manutenção de alianças e redes de trabalho para as atividades em PS (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Para os residentes, trabalhar dentro de uma equipe multiprofissional sob a lógica da integração e interprofissionalidade tem sido fundamental para o desenvolvimento das ações em PS, além de contribuir de maneira significativa para sua formação profissional.

> **Favorece em tudo, porque as necessidades dos pacientes são múltiplas, não é só de um núcleo. Então a gente consegue abordar a necessidade**, não como um todo, mas na maioria, principalmente para a promoção da saúde que não é só uma demanda, que a gente tem que prevenir, então **a equipe multi é fundamental**. (Rqm5).

> Favorecem muito. Eu nunca tinha trabalhado assim antes da residência. Já tinha trabalhado em saúde da família, mas **nunca tinha trabalhado de forma multi**. Já trabalhei aqui em um município vizinho, mas é aquele negócio de estar clinicando, clinicando, clinicando. **Trabalhar realmente com equipe multi eu acho importante. Até o aprendizado, a gente aprende várias coisas diferentes, trabalha junto, consegue ir até além do que a gente imagina**. (Rqx4).

> **Depois que eu entrei na residência, eu percebi a importância da equipe multi. Sempre teve na teoria, mas na prática não é. E aqui todo trabalho que a equipe vai fazer, faz junto com a equipe multi. Quando você trabalha, fora da residência, é praticamente isso, cada um no seu mundo e pronto.** É totalmente diferente, é muito diferente, porque você observa alguma coisa que, por exemplo chega um paciente para mim, para a fisioterapia, eu observo, eu percebo que o paciente também precisa da nutricionista e eu a chamo para fazemos a consulta. É muito bom. (Rqx1).

Por meio do contato com uma equipe multiprofissional, os residentes acreditam que conseguem realizar um cuidado mais integral. Em especial, ao realizarem as ações em PS, eles trazem a concepção de que um conhecimento complementa outro e, nesse sentido, novos aprendizados são gerados. Além disso, é possível perceber que esse é um diferencial das RMSF.

Na APS, o trabalho deve ser realizado em equipe multiprofissional. Contudo, observa-se que ainda existe muita ênfase na clínica individual dos profissionais. É a lógica de atingir indicadores e metas e da assistência individual. Já na residência, há um espaço para que essa atuação multiprofissional aconteça de modo interprofissional, integrado e colaborativo, o que vai de encontro a responder à integralidade da assistência.

Resultados semelhantes foram vistos no estudo de Casanova, Batista e Moreno (2018) com 76 residentes de 13 programas de residências multiprofissionais, em que os residentes evidenciaram a importância da colaboração interprofissional, além do desenvolvimento de ações compartilhadas em equipe com reciprocidade e comunicação. Nesse sentido, os atores do estudo mostraram-se satisfeitos com essa abordagem, na qual foi

possível a troca de experiências e corresponsabilização dos serviços, favorecendo o aprendizado e o cuidado do usuário.

Em outro estudo sobre a percepção de docentes, trabalhadores e estudantes, sobre a educação interprofissional na APS, apontou a EIP como uma colaboração profissional centrada no indivíduo, em que os profissionais apresentam uma atitude de corresponsabilização e compartilhamento, inclusive junto ao usuário com relação aos resultados e metas dos cuidados empreendidos (SILVA *et al.*, 2015c).

Especialmente na APS, há a necessidade do trabalho colaborativo e integrado, a partir da ampla variedade de profissionais que atuam nesses serviços (PEDUZZI, 2016). Nesse modelo, não basta estar inserido em uma equipe multiprofissional, é preciso que cada integrante atue de maneira compartilhada com articulação entre as ações.

Para os residentes, as práticas profissionais têm sido relevantes para suas atuações. Contudo, eles evidenciaram alguns entraves para a realização da prática interprofissional colaborativa, desvelando que ainda existe a presença de ações agrupadas no contexto da APS:

> Outro ponto fraco é que a gente **nunca teve vínculo com o médico**, profissionalmente, a gente nunca teve. (Rqx4).
>
> Às vezes, o paciente vem com aquele encaminhamento e a gente fica até assim de dizer que não atende. Porque para ele, **se o médico encaminhou é porque precisa**. (Rqx3).
>
> **A gente tem muita resistência**. Eu acho que é um ponto que dificulta, além da resistência dos usuários, a gente também tem um **processo de trabalho muito engessando na medicina**, no curativismo e aí é um ponto que dificulta muito. (Rqm6).

Como referido, os residentes acreditam ser uma dificuldade para a efetivação da atuação interprofissional, a falta do envolvimento do profissional médico, além da resistência imposta pelo modo de trabalhar já estabelecido. Ademais, ainda é preciso conviver com a resistência dos usuários em relação às ações realizadas. A atuação dos residentes deve fazer parte da equipe de saúde da unidade onde eles atuam, além disso, devem aprender mutuamente entre si, construindo novos saberes e perspectivas sobre a saúde da comunidade adstrita.

Domingos, Nunes e Carvalho (2015), ao estudarem a percepção dos trabalhadores em saúde sobre a inserção da RMSF na ESF, desvelaram que, antes da chegada dos residentes, havia a predominância de serviços marcados pelo excesso de divisão do trabalho, pois as ações eram fragmentadas e tecnicistas, e cada núcleo profissional desempenhava as

atribuições que lhe cabia. Após a chegada dos residentes, os trabalhadores passaram a perceber uma mudança, pois as equipes passaram a ser mais que um agrupamento de diferentes categorias profissionais e começaram a abranger as particularidades de cada especialidade, possibilitando ações mais coesas e com maior resolutividade, favorecendo assim o trabalho coletivo.

Entre desafios evidenciados por outros autores para a atuação interprofissional, podem ser citadas as condições de trabalho existentes em *locus*, além da visão especializada que prejudica a compreensão integral das necessidades de cuidado (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Outras dificuldades foram apontadas por Arruda *et al*., (2016), como a interiorização e necessidade de EPS; a sujeição dos preceptores para que seja garantida a continuidade do processo formativo nos cenários de atuação; infraestrutura inábil; as dificuldades financeiras; e o legado de formações uniprofissionais advindas das graduações da área da saúde

Vale destacar que, mesmo após muitos avanços em relação à formação dos profissionais, ainda existem relutâncias em romper com os moldes atuais de formação, persistindo a robusta ideia de divisão do trabalho. Nesse aspecto, Costa (2016) ressalta que os profissionais permanecem com uma formação separada, mesmo, em um breve futuro, tendo de lidar com o trabalho em equipe, sendo esse, portanto, um processo incoerente com o cotidiano prático dos serviços de saúde, o que poderá refletir na qualidade das ações ofertadas pelo SUS.

Para Peduzzi (2016), as distinções entre os conhecimentos e práticas que permeiam as profissões são historicamente construídas e desencadeiam para que cada profissão contribua, a partir de seus saberes e em parceria com os usuários, de forma a responder às necessidades em saúde. Todavia, esses profissionais precisam conviver com as desigualdades e distinções que exibem as atuações profissionais.

Costa (2016) ainda adiciona o fator cultural, que permanece como importante desafio, haja vista que a formação individual é marcante e influencia nas identidades dos profissionais. Soma-se a isso, a ênfase conteudista nos processos formativos, o que reverbera na adoção de estratégias de ensino.

Apesar disso, para que o trabalho interprofissional e colaborativo se efetue, deve haver o compartilhamento verdadeiro do cuidado entre os profissionais, havendo, nesse sentido, a corresponsabilização de todos, além de ampliar a atuação dos profissionais pertencentes às chamadas categorias não médicas. Essa distinção se reflete no olhar social

para as diferentes categorias, em que umas profissões são consideradas superiores em detrimento a outras, gerando relações de hierarquia e submissão (PEDUZZI, 2016).

Até mesmo a nomenclatura entre categorias profissionais médica e não médica traz essa diferenciação, e os próprios profissionais, muitas vezes, também contribuem para a valorização da clínica individual em detrimento das ações de promoção e prevenção, o que reflete na valorização social em relação à atuação dos profissionais.

Vale salientar que importantes avanços em relação ao trabalho interprofissional têm sido alcançados, como é o caso do atual currículo para a área da saúde que busca superar o predomínio das práticas voltadas ao âmbito hospitalar, com a introdução de atividades teórico-práticas ligadas à saúde coletiva e à APS. Nessa perspectiva, as novas DCN para a área médica têm promovido o fortalecimento da APS enquanto importante espaço de formação, com valorização da atenção integral à saúde. Além disso, busca ofertar a compreensão dos DSS em relação ao modo de viver e adoecer das comunidades (FERREIRA *et al.*, 2019).

Para o corpo docente da RMSF da ESP/CE, a atuação multiprofissional deve ser constantemente estimulada, inclusive em relação aos profissionais não residentes que atuam nos serviços, incentivando-os a participarem das reuniões de equipe e a compartilharem suas ações com os demais profissionais.

> Eles (residentes) devem estar chamando outros profissionais, **participando das reuniões de equipe que nós temos todo mês com toda a equipe e a reunião geral de todas as equipes em um único dia**. Estar dizendo que eles sempre participem (das reuniões) e que coloquem na agenda deles. (PNqm3).

> Eu acho que isso ocorre mais na questão em educação em saúde, em fazer ações em grupo, que podem envolver os outros profissionais, **em visitas domiciliares** que demandem outros profissionais para fazer **a consulta compartilhada**. (PNqm2).

> Disparando ações que sejam de cunho interprofissional. **Existem ações específicas das categorias profissionais que são os núcleos, mas a gente dispara que, na agenda deles, a construção dessas atividades seja de caráter multiprofissional**. **Que eles envolvam tanto os colegas residentes quanto os colegas profissionais dos setores** e para não ficar vinculado a uma única categoria, mas que seja realmente esse caráter multi. (T2).

Observa-se que os residentes são incentivados a realizarem atividades junto aos profissionais não residentes que atuam em serviço, incluindo o médico. Além disso, deve estar presente em suas agendas, a realização de ações de caráter interprofissional.

Estar presente na agenda significa que essas ações devem ocorrer na programação das atividades dos residentes. Destaca-se que os preceptores solicitam que os residentes participem das reuniões de equipe que ocorrem na unidade de saúde, o que coopera para a

integração com os demais membros da equipe, além de ser uma forma de planejar e articular a agenda de todos os profissionais atuantes no serviço.

Dessa forma, como afirmam Fernandes *et al.,* (2015), as reuniões de equipe são um importante espaço para as relações interpessoais na APS, em que os diálogos construídos a partir da participação dos trabalhadores em saúde são relevantes para a construção de um processo de trabalho organizado e para troca de informações, além de contribuírem para articular decisões importantes para o espaço de trabalho.

Outros importantes dispositivos para o trabalho interprofissional consistiram na realização de consultas compartilhadas e visitas domiciliares. Nesse sentido, os núcleos profissionais se unem para a realização de atendimentos conjuntos, possibilitando um olhar ampliado sobre as necessidades de saúde. Nessa perspectiva, Arnemann *et al.,* (2018) ressaltam a consulta compartilhada como uma estratégia que auxilia a atuação interdisciplinar das equipes e ampara a construção de um cuidado integral, ao passo que promove a assistência baseada no contexto biopsicossocial. Essas consultas então contribuem para concretizar a melhoria do trabalho multiprofissional, proporcionando impactos positivos sobre o cuidado prestado aos usuários.

A consulta compartilhada, ao permitir o intercâmbio de duas ou mais profissões, colabora para solidificar o trabalho em equipe, a resolutividade das necessidades em saúde e a humanização, fatores pautados na direção da integralidade da assistência. Para tanto, Bortagari *et al.,* (2015) referem ser preciso que os profissionais, ao realizarem a interconsulta, consigam valorizar o conhecimento de cada colaborador, ao passo que também entendam que seu conhecimento é limitado e, por isso, busquem realizar a assistência sob a perspectiva da integração dos saberes e práticas de suas profissões.

A visita domiciliar, ao ser realizada com dois ou mais núcleos profissionais, também é um tipo de consulta multiprofissional que proporciona uma visão mais ampliada sobre os contextos de vida e necessidades dos indivíduos. Assim, como asseveram Previato e Baldissera (2018), a partir da realização de visitas, os profissionais têm a oportunidade de se comunicar, trocar experiências e conhecimentos de cada profissão, o que facilita a construção de atuações colaborativas.

Nesse sentido, tanto a interconsulta quanto as visitas domiciliares, que são ações que já fazem parte do matriciamento e da rotina da ESF, podem ser consideradas como compartilhamento das problemáticas que afligem os territórios, os conhecimentos e as práticas compartilhadas pelos profissionais, além da articulação de ações pactuadas, com

corresponsabilidades específicas e coletivas referentes aos integrantes da equipe (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017)

No contexto da APS, o apoio matricial se dá especialmente como uma forma de organização dos serviços, a partir da ampliação das ações, pensando nas necessidades da comunidade. Pauta-se justamente na equipe multiprofissional, com ênfase na interdisciplinaridade, integralidade e resolução das demandas apresentadas pelos serviços (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Ao pontuarem a integração dos residentes entre si e com os demais profissionais das unidades, os preceptores e tutores influenciam na existência de uma formação integrada, contribuindo para o desenvolvimento de competências voltadas para as ações multiprofissionais. Dessa forma, assim como apontado pelo estudo de Arnemann *et al.*, (2018), é possível perceber o interesse do corpo docente da residência em possibilitar espaços que colaborem para o aprendizado além da categoria profissional, proporcionando a interligação entre os diversos núcleos profissionais, sendo esse compartilhamento entre profissionais capaz de facilitar uma atenção integral à saúde.

Diante disso, o processo formativo dos residentes só será efetivo se os cenários de atuação funcionarem como espaços para a educação interprofissional. Portanto, é necessário o reconhecimento de metodologias e teorias que amparem a formação de profissionais com mais aptidão para a dinâmica do trabalho colaborativo em saúde (ARNEMANN *et al.*, 2018).

Além da colaboração interprofissional, nos cenários das RMSF, os residentes também realizam ações intersetoriais, em que eles contribuem com atuações em outros serviços de saúde, tal como pode ser visto:

> **O trabalho intersetorial é muito importante até para o trabalho em rede**, como por exemplo, nos nossos territórios existem CRAS que é intersetorial**. Fazer essas ações é uma vantagem de atuação junto com essas equipes e favorece muito a vinda do usuário**, ajuda demais, contribui. (Rqm3).

> É muito importante trabalhar de modo intersetorial. Já trabalhamos com o CREAS, CRAS, maternidade, associações**. É importante estar levando conhecimento para a comunidade, para os usuários assim, fortalecendo.** A gente fortalece todas as situações, melhorando o conhecimento de cada um, que necessita de um processo do SUS, e assim, do meu ponto de vista, se eu estou levando as informações, fazendo com que eles aprendam, que eles tentem entender aquele tipo de informação de promoção, melhora até mais em uma situação posterior de uma fila na unidade básica de saúde. (Rqx4).

Ao pontuarem a realização das ações intersetoriais, os residentes cumprem com ações designadas pelo CompHP. Nesse sentido, as ações intersetoriais são vistas como

instrumento essencial para a implementação da concepção ampliada de saúde, sendo esta uma atividade fundamental para a atuação em equipe na APS (SILVA; TAVARES, 2016).

Além disso, a intersetorialidade constitui-se como um dos princípios da ESF, que alia o trabalho em equipe com a participação de outros setores, com corresponsabilização mútua dos atores envolvidos. Nesse aspecto, a articulação com outros setores auxilia na troca de conhecimentos, na organização das ações e na pactuação de decisões que abrangem as noções de cidadania, equidade, território, integração e outros. Assim, demanda a construção de um novo saber fazer, além de mudanças relacionadas aos valores e culturas para o agir coletivo (SILVA; TAVARES, 2016).

Para os residentes, as práticas intersetoriais contribuem para as ações em PS, haja vista que conseguem alcançar a população que frequenta os demais setores, além de oportunizar uma aproximação com as demais equipes que compõem as redes de atenção, facilitando o desencadeamento das ações.

Outro estudo evidenciou a prática interprofissional colaborativa na articulação com outros serviços da RAS, sendo esta percebida como a direção para o fortalecimento de modificações nos moldes da Atenção à Saúde (SILVA *et al.,* 2016).

Ao passo que a APS realiza ações integradas, as equipes devem ser capazes de unir, a partir do território onde as pessoas vivem e se constroem enquanto pessoas, diversas formas do agir baseadas na integração das equipes e na intersetorialidade, como maneiras de se produzir saúde. Com efeito, assim como aponta Silva (2018c), os residentes conseguem, a partir da atuação com outros setores, equipamentos e instituições pertencentes ao território, promover ações em PS, capazes de se contrapor aos modelos hegemônicos, contribuindo para promover transformações nos territórios.

Além das atividades intersetoriais presentes na agenda, os residentes ainda possuem a oportunidade de aprender, vivenciando o dia a dia de outros serviços, como pode ser visto a seguir:

> É o que eu achei interessante no modelo da residência é a questão do **percurso de rede**. Que a gente faz para saúde da família, mas **a gente conhece outros locais como o CAPS**. Eu acho que pelo menos para mim o CAPS foi uma coisa nova que eu não vi, que eu não sabia nem o que eu iria fazer lá e para mim foi uma coisa bem diferente (Rqx1).

No segundo ano de residência são realizados os estágios de rede, em que os profissionais “rodam” pelos serviços que constituem a RAS dos territórios. Nesse sentido, são considerados como cenários de aprendizagem, por meio do trabalho para a RMSF: as escolas,

conselhos de saúde, serviços sociais, domicílios, entidades governamentais e não governamentais, ambientes de lazer e do trabalho, rede de saúde mental, hospitais, rede de urgência e emergência, serviços ambulatoriais, entre outros (CEARÁ, 2017).

Além desses, os residentes vivenciam o denominado “Estágio Eletivo”, em que escolhem vivenciar uma atuação profissional fora do cenário de lotação, com imersão completa em outro serviço, podendo ocorrer fora do município de atuação, ou até mesmo fora do estado do Ceará (CEARÁ, 2017).

Os cenários para o estágio eletivo são escolhidos pelos residentes, desde que em comum acordo com a coordenação da residência e que apresente justificativa plausível com os objetivos desse novo local de prática, os quais devem estar alinhados com os objetivos de formação da RMSF. Esses estágios podem ocorrer durante 30 dias ou fracionados em duas quinzenas, em duas localidades diferentes (CEARÁ, 2017).

Tendo em vista que a PS pode ser considerada, enquanto um processo de transformação, capaz de atuar sobre os DSS que ultrapassa o setor saúde e contribuir para a qualidade de vida das populações, é preciso que os profissionais estejam capacitados para atuar nos mais diversos setores (TAVARES *et al.*, 2016). Nesse caso, a partir das vivências dos residentes, é possível conceber que as residências conseguem auxiliá-los nessa preparação.

Arnemann *et al.* (2018) salientam que a educação interprofissional implementada dentro dos serviços de saúde, por meio dos programas de RMS, é de grande significado para a efetivação de importantes mudanças nos trabalhadores em saúde e em seus campos de formação. Nesse sentido, a busca pela integração entre os campos profissionais na direção de um método integrador vem a cooperar para a superação de muitos desafios e necessidades presentes no SUS

.

5.2.6 Comunicação

Ao levar em consideração que o trabalho em equipe é repleto de desafios, além de ser capaz de trazer mudanças efetivas, desde que realizado adequadamente, pode-se dizer que a comunicação entre os integrantes da equipe é fator decisivo para o sucesso. Isso posto, a literatura indica que, quando a comunicação ocorre de modo ineficaz, o cuidado exercido é inconsistente, podendo contribuir inclusive para desfechos inconvenientes. Já quando a comunicação ocorre adequadamente, a assistência é prestada com mais qualidade e segurança para os usuários (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

No domínio de comunicação, Dempsey *et al.* (2011, p. 10) consideram as atividades em PS com o uso de meios tecnológicos e estratégias adequadas para o perfil dos mais diversos públicos presentes no território, para que esse processo comunicacional ocorra de modo efetivo. Nesse sentido, para os mesmos autores, são competências que um promotor de saúde deve desenvolver:

> 1. Utilizar habilidades de comunicação efetivas, incluindo comunicação escrita, verbal, não verbal e as habilidades de escuta;
> 2. Utilizar tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações sobre a promoção da saúde;
> 3. Utilizar técnicas e meios de comunicação culturalmente adequados para grupos e contextos específicos;
> 4. Utilizar habilidades de comunicação interpessoal e do grupo de trabalho para promover a melhora da saúde de indivíduos, grupos, comunidades e organizações e reduzir as iniquidades em saúde.

No processo da atuação interprofissional, a comunicação merece destaque, sendo este um dos domínios presentes nas práticas colaborativas, formando um elo comunicativo, com flexibilidade e efetividade entre as equipes de saúde. Cabe salientar que a comunicação entre os profissionais só será efetiva se esta tiver como foco principal os usuários, sendo estes os protagonistas das práticas comunicativas, sendo as suas reais necessidades o centro de todo o processo (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Nessa conjuntura, para a atuação na APS, Torres *et al.*, (2017) referem que a comunicação deve ocorrer nos diferentes momentos e espaços, sendo importante desenvolver um processo comunicativo e de troca de informações que consolida o diálogo, a escuta ativa em uma interação cujo respeito seja mútuo, além do estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários.

Para os residentes, a comunicação em PS envolve o ato de conhecer as comunidades, de entender as condições e contextos de vida em que eles estão inseridos, para então adequar-se de forma que a comunicação se estabeleça com a compreensão dos usuários.

> No trabalho primeiro **eu tenho que conhecer as condições dos pacientes** para depois poder dar informações que sejam da realidade dele, que também não adianta ultrapassar a realidade (Rqx4).

> Eu sempre facilitava um grupo da minha UBS que, na maioria das vezes, vai de seis a doze pessoas. Então me convidaram a participar de outro grupo. Eu tinha levado basicamente a mesma temática sobre mitos e verdades sobre hipertensão e diabetes, mas quando eu cheguei tinha sessenta pessoas. Então a gente percebe que, principalmente quando é interior, **o linguajar tem que ser mais facilitado**. **Então você tem que ser muito humano e perceber que em alguns casos, o que você aprende na faculdade não vai ser suficiente**. Você ter que fazer uma dieta para a pessoa que contêm fruta, com o mínimo possível, mas dá certo, sempre deu certo até agora, mas não é fácil. (Rqm7).

> Eu procuro facilitar que **os residentes tenham uma linguagem própria, mas que seja mais próximo do usuário,** não adianta ele falar coisas técnicas que o usuário não vai entender. (PNqm2).

Além disso, os residentes consideram importante adaptar a maneira de falar de forma que a população compreenda e destacam também a importância de estarem correlacionados à cultura dos membros da comunidade. Nessa esteira, pode ser percebida a necessidade de adaptar o cuidado e as orientações em saúde à realidade social para que os usuários possam melhorar seu autocuidado.

Os preceptores também incentivam que as ações sejam realizadas de forma adequada à linguagem e às necessidades identificadas nos territórios, o que condiz com as falas dos residentes.

Ao centrar o cuidado no usuário, por meio da interação das equipes multiprofissionais com a população, possibilitam-se a troca de conhecimentos e a construção e reconstrução de novos saberes, aumentando a eficácia das ações em PS. Nesse sentido, os autores deste estudo concordam com o que afirmam Araújo e Araújo Junior (2016), ao salientarem a ideia de que, ao buscar compreender o contexto nos quais os indivíduos estão inseridos e adequar-se a eles, os profissionais assumem o papel de educadores e, ao mesmo tempo, de aprendizes, construindo, assim, novas realidades a partir do entendimento comum entre os atores envolvidos.

Os residentes também utilizam estratégias que favorecem o envolvimento das comunidades, tornando o aprendizado ativo e dinâmico, a partir da educação popular em saúde.

> Na verdade, a gente sempre tenta **adaptar falando na linguagem deles** que eles possam vir entender. A gente tenta trazer dinâmicas, brincadeiras. (Rqm1).

> Eu tenho formação em **educação popular em saúde** então a questão do círculo de cultura, de primeiro ouvir o que aquela pessoa sabe sobre aquele assunto. A gente sempre utiliza isso porque na realidade **é mais uma troca do que um repassar de conhecimento, porque tanto eles ensinam muito a gente**, **como nós também contribuímos, atrelando também coisas a que eles sabem. (Rqm3).**

Ao pontuarem a educação popular em saúde, os residentes trazem à luz essa importante estratégia para a prática de PS, contribuindo, a partir de métodos, tecnologias e saberes, para novos caminhos em saúde no contexto do SUS. Inclusive, essa é uma política brasileira – Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) – que busca a orientação dos serviços a partir da Educação Popular, baseados na emancipação e autonomia dos usuários em saúde (BRASIL, 2012a).

Essa política também enuncia a busca pela horizontalidade da dinâmica entre o saber das comunidades e os saberes científicos trazidos pelos profissionais, com o desenvolvimento da criticidade, participação cidadã, respeitos mútuos, superação das iniquidades e contra toda e qualquer forma de violência, discriminação e situações opressoras. Tem como pressupostos teóricos a amorosidade, diálogo, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, para que os princípios e diretrizes do SUS sejam atendidos, é importante que as equipes possam compreender e respeitar os costumes e a cultura de sua clientela, o que, por sua vez, envolve os saberes populares que dão significado à forma como as pessoas vivenciam seus processos de viver e adoecer. Nessa conjuntura, o assistir em saúde deve ser adaptado às singularidades e especificidades de cada território.

A mais, o uso da educação popular em saúde como estratégia para a PS tem sido apontado por diversos autores como forma de gerar reflexões e debates junto aos usuários sobre a realidade em que vivem, sendo capazes de promover a autonomia, dignidade e responsabilidade sobre si mesmos, além de ser um importante instrumento para a capacitação das comunidades sobre seus direitos e deveres especialmente em relação à defesa do SUS (RAIMONDI *et al.*, 2018).

Em se tratando dos Círculos de Cultura, segundo Heidmann *et al.* (2017), essa estratégia possibilita realizar reflexões e estabelecer o diálogo com a realidade dos usuários, possibilitando compreender as possíveis reflexões. Os atores que participam dos Círculos de Cultura são levados a se perceberem como mestres de suas próprias vidas, tomando consciência e se fortalecendo mediante as necessidades de modificar suas práticas de vida. Essa estratégia, portanto, atribui valor para os contextos históricos e culturais dos usuários, que são ressaltados por meio do Círculo de Cultura.

Assim, a Educação Popular em Saúde é feita com a população, a partir de processos pedagógicos e dos saberes dos indivíduos, relacionados às suas vivências, incorporando como os sujeitos vivenciam os processos de sentir, agir e pensar, sendo estes a base para a participação dos atores sociais na gestão em saúde. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde concebe práticas que auxiliam na construção da autonomia dos sujeitos como cidadãos e autores de sua própria história, sendo, nesse sentido, relevantes para as práticas de PS (BRASIL, 2012a).

Para alinhar a interação entre os profissionais, tanto para a PS quanto para a dinâmica dos processos de trabalho em equipe, os residentes utilizam meios de comunicação pautados nas atuais tecnologias:

> Nós como equipe **nos comunicamos pelo *WhatsApp*, sempre tem a segunda-feira para a reunião, mas acaba que não só a segunda–feir**a. A gente articula o que deve ser feito e durante a semana pelo *WhatsApp*, (Rqm7R).

> Com relação às ferramentas mais tecnológicas, vamos colocar aqui o *whatsapp*, nós temos de **contato com o agente de saúde, e através deles nós temos o contato com os pacientes**, **mas o grupo para a gente divulgar as datas, os locais, os horários, a gente tem o grupo com os ACS e eles fazem a divulgação porta a porta**, mas são os nossos portadores de voz. (Rqm3).

Pelas falas apresentadas, é possível verificar que os residentes realizam constantemente reuniões de equipe, todas as segundas-feiras para planejar e traçar estratégias. Inclusive, o primeiro contato dos autores com os residentes ocorreu durante uma dessas reuniões, no período da tarde. Contudo, como pode ser percebido, esse momento não se faz suficiente, sendo necessário manter o processo de comunicação durante toda a semana, e isso geralmente é feito por meio do *WhatsApp*.

Atualmente, a partir do processo de desenvolvimento tecnológico e científico, tem-se o uso, cada vez maior, das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Isso posto, os processos de comunicação e divulgação de informações estão mais acelerados, proporcionando uma maior gama de informações para as populações (MOTTA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a comunicabilidade vem sendo impulsionada pelas novas mídias, e os serviços de saúde vêm se utilizando das TIC, como é o caso da telemedicina e da informatização dos prontuários. Nesse aspecto, os processos de comunicação estão em expansão por meio da *internet* e por meio do *smartphone*, proporcionando a troca em tempo real de informações a partir de aplicativos e mensagens (MOREIRA; SOUSA; TURRINI, 2019).

Além disso, o uso do *WhatsApp* tem sido feito para o contato com os ACS, por meio do qual eles repassam as informações sobre as demandas dos usuários e são divulgadas as datas, horários e outras informações necessárias, a mais, os ACS repassam o que é necessário.

Os ACS são profissionais essenciais para a comunicação com a população, bem como para solucionar os casos dos usuários. Esses profissionais auxiliam na PS por serem atores-chave no estímulo à prática do cuidado sobre o território, além de ocuparem o

protagonismo em relação à comunicação entre equipe e usuários (PREVIATO; BALDISERA, 2018).

Ao pontuarem a presença dos ACS como agente participativo dos processos de comunicação, trazem esses atores enquanto um importante elo com a comunidade. A mais, por meio da conexão que exibem com os territórios, repassam as informações das ações aos usuários, contribuindo também para a formação de vínculo entre os residentes e a população.

Nesse sentido, é possível conceber a presença constante do *WhatsApp* como meio de comunicação contínuo, em que, a partir da criação de grupos, os residentes informam os ACS e estes repassam as informações à população, tornando esse processo mais rápido.

Nesse sentido autores evidenciam os benefícios do uso de ferramentas tecnológicas para a comunicação entre os profissionais, enfatizando a agilidade para a troca de informações, bem como a construção de grupos de interação, havendo uma maior disseminação das informações, instruções e rotinas das ações que estão sendo realizadas (MOREIRA; SOUSA; TURRINI, 2019).

Dessa forma, as TIC podem ser tidas enquanto ferramentas importantes, com vistas a facilitar e tornar mais democrática inclusive a formação dos trabalhadores em saúde, em especial da ESF, até mesmo para a realização das ações PS, que podem acontecer nos mais diversos locais (MOTTA *et al.,* 2018).

Sales *et al.* (2020), em um estudo sobre a perspectiva de enfermeiros e médicos sobre o NASF, desvelaram a importância da comunicação multiprofissional efetiva, sendo esta realizada, muitas vezes, por meio de ferramentas digitas, que, apesar do caráter informal, têm beneficiado o trabalho em equipe.

Achados em outro estudo demonstraram que a comunicação realizada a partir de TIC, como o *WhatsApp*, tem sido muito utilizada para o repasse de informações e recados pelas equipes, conferindo um caráter de informalidade, não havendo uma real troca entre as equipes. Nesse sentido, os autores do estudo destacaram o aspecto antidialógico das equipes na APS, com informações unilaterais, utilizando aparatos tecnológicos e reuniões realizadas de forma esporádica, o que dificulta a comunicação e interação entre as equipes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Uma pesquisa realizada com os residentes nas cidades de Aracati e Maracanaú, no Ceará, trouxe como um de seus resultados o uso frequente do *WhatsApp* como meio de intercomunicação, o qual, de acordo com a pesquisa, não garante o diálogo efetivo acerca das informações. Nesse sentido, o uso dessa TIC não deve substituir a comunicação presencial,

especialmente no sentido de evitar o caráter eminentemente informal do repasse de mensagens (ARRUDA *et al.*, 2018).

O uso das TIC pode ser ainda evidenciado como dispositivo de interação constante entre os residentes e seus preceptores, a partir do qual é possível sanar dúvidas.

.

> A gente procura muito se articular e o instrumento mais fácil de articulação entre a residência, entre os residentes e o preceptor é a questão do *WhatsApp* e aí quando a gente não tem o contato pessoal, **como a gente tem nas rodas e eles precisarem de alguma ajuda, ou quiserem alguma informação, alguma outra coisa, auxilio, a gente sempre se comunica através deste instrumento**. (PNqm2).

Para os preceptores, o *WhatsApp* é uma ferramenta de grande valia, haja vista ser um instrumento que facilita o acesso ao residente. O processo de comunicação entre esses atores também se dá por meio das "rodas", contudo sempre é necessário o contato durante outros períodos, pois assim a preceptoria poderá acompanhar melhor os residentes em suas necessidades.

Destaca-se que o caráter informal do uso das TIC gera também um caráter de informalidade que, muitas vezes, extrapassa o âmbito profissional sendo gerador de tensões e estresse quando ocorre dessa forma:

> A **gente usa tecnologia da informação diret**o, é de manhã, de tarde, de noite, de madrugada. Tínhamos um blog, mas não temos mais, tem o *instagram* da escola, por que tem que ser institucional, e o *WhatsApp* pessoal, **que não é institucional por que eu não acho legal, é péssimo**. (T1).

Para a tutoria, essa ferramenta é usada de forma exagerada, pelo seu caráter informal. Ela é utilizada pelos residentes para resolver problemas e outras necessidades, além da carga horária destinada ao trabalho, o que acarreta uma sobrecarga para os profissionais.

Moromizato *et al.* (2017) chamam atenção para o uso excessivo da internet, ainda mais para aqueles que atuam na área da saúde como um fator gerador de condições nocivas à saúde mental com destaque para ansiedade e depressão.

O uso das TIC, na área da saúde, é relevante para os dias de hoje, tendo em vista a rapidez e a grande quantidade de atividades que os profissionais precisam realizar. O uso dessas tecnologias, portanto, facilita os processos de comunicação, contudo, essa interação não deve ocorrer apenas por meio do uso de tecnologias, com o risco de tornar a comunicação entre os profissionais apenas um superficial repasse de informações.

Nesse sentido as TIC não devem substituir as reuniões de equipe e tampouco o contato pessoal entre a equipe de saúde. Previato e Baldissera (2018) salientam que é preciso que seja cultivado o valor do diálogo, a fim de superar a dicotomia ainda existente entre o

aprender e o ensinar em relação às atividades educativas e o próprio aprendizado dos profissionais. É preciso criar momentos de interação entre as equipes, com educação permanente, discussão de casos, programação de ações, que promovam a integração dos profissionais, além do aparato tecnológico das redes sociais e meios de comunicação tecnológicos. Só assim o trabalho interprofissional colaborativo se efetivará no contexto da APS, inclusive no que diz respeito às ações em PS.

5.2.7 Liderança

O processo de liderança está relacionado à adequação dos profissionais a situações diversificadas: compreender as estratégias mais adequadas para os contextos apresentados, saber lidar com os diferentes indivíduos que compõem a equipe e guiá-los para a construção de meios favoráveis ao trabalho (FARAH *et al.*, 2017).

O líder precisa desenvolver competências capazes de influenciar positivamente sua equipe em busca do alcance de metas e objetivos desejáveis. Além disso, é importante nortear as ações a serem realizadas, definindo prioridades, motivando e aperfeiçoando a iniciativa, o otimismo e a confiança de seus colaboradores (ALMEIDA *et al.*, 2017).

A mais, a liderança no contexto da colaboração interprofissional estabelece o respeito e a aplicação dos princípios de liderança que alicerçam e contribuem para o trabalho em que há a cooperação mútua (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Para a PS, o desenvolvimento da liderança deve auxiliar na formação de um olhar partilhado pela equipe de saúde, com segmentos planejados para as ações em PS. Desta feita, segundo Dempsey *et al.* (2011, p. 10), como competências para promover a saúde de modo eficaz, o profissional deve ser capaz de:

1. Trabalhar com os atores/parceiros sociais para atingir uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em promoção da saúde;
2. Utilizar habilidades de liderança para promover empoderamento e participação (incluindo o trabalho em equipe, negociação, motivação, resolução de conflitos, tomadas de decisões, facilitação e resolução de problemas);
3. Formar redes com as pessoas-chave e motivá-las a promover mudanças que melhoram a saúde e reduzam iniquidades;
4. Incorporar novas ideias e conhecimentos para melhorar a prática e responder aos desafios emergentes em promoção da saúde;
5. Contribuir para a mobilização e gestão/gerenciamento de recursos para a ação em promoção da saúde;
6. Contribuir para o aprendizado da equipe e da organização para avançar nas ações de promoção da saúde.

Para o corpo docente que participou deste estudo, os residentes já trazem certa bagagem enquanto líderes. Mesmo assim, durante a residência, existe a possibilidade de aperfeiçoar essa característica.

> Geralmente **o próprio processo de seleção da escola**, ele também dispara muito essa questão desse perfil. (PCqm1).
>
> Eu acho que enquanto liderança, **esse processo vai aparecendo naturalmente**, acho que têm **alguns com esse perfil mais de liderança**, tem aqueles com um perfil mais técnico, e outros que são mais articuladores e dialogam mais. São vários perfis. Eu acho que a gente tenta, dentro desse perfil de cada um, **fortalecer aquilo que eles têm de bom**. (T2).
>
> Enquanto liderança até hoje eu não tive nenhum problema, e com a minha (residente), **ela já vem com uma bagagem de outros campos de atuação** e já tem uma maneira mais voltada a esse quesito (PNqx2)

A RMSF busca profissionais com perfil para atuar na perspectiva da APS, sendo o processo seletivo realizado por meio de duas etapas, que busca avaliar habilidades, conhecimentos e atitudes no que cerne ao exercício das profissões da saúde. Esse processo seletivo é regido por Edital, por meio de prova objetiva, equivalente a 80% das notas, com caráter eliminatório e classificatório, em um total de 50 questões, sendo metade relacionada às Políticas Públicas em Saúde (equivalentes a todas as profissões) e a outra metade relativa a conhecimentos específicos das categorias profissionais. A segunda etapa consiste na apresentação de títulos, com caráter classificatório, a partir da experiência acadêmica, técnica e sociopolítica do participante (CEARÁ, 2017).

Para a preceptoria, os residentes já trazem uma bagagem da graduação e do próprio perfil que a ESP-CE busca a partir do processo de seleção desses profissionais. Além disso, procuram desenvolver os residentes como líderes, à medida que os incentivam a tomarem a frente das ações e possibilitam que assumam seus papéis durante a realização das atividades.

> **Através do protagonismo deles**. Porém, o protagonismo não é algo pronto, é algo que é construído, então **a gente busca construir isso através da vinculação dos profissionais residentes com os profissionais do posto e com os líderes comunitários**. (PNqm4).
>
> Sempre no diálogo, **eu tenho que incentivar isso (ser líder), até porque todas as atividades são feitas por equipe multiprofissional.** Então buscamos que as atividades não ocorram de forma isolada no meu núcleo profissional, mas a gente sempre procura pensar que ela seja **desenvolvida de uma forma empoderada de modo que esse conhecimento seja realmente aceito pela comunidade e que ela (a residente) se sinta segura**. Esse espírito de liderança, a minha residente tem, apesar de eu não estar muito com ela, mas a minha residente tem, ela é muito articulada. (PNqx1)

> No princípio eu trazia muita coisa para mim. Quando foi no inicio desse ano**, já confiando muito na habilidade das meninas**, quando acontece algum problema com a gestante de alto risco, como um paciente extremamente vulnerável, **já estou as deixando liderarem e assumirem**. (PNqm1).

> Acho que **empoderando eles enquanto profissional e enquanto sujeito do cuidado**. Falando agora enquanto egressa, eu vivenciei muito isso, de estar no processo formativo e receber uma agenda pronta que não contemplava o que eu tinha visto na escola (na ESP/CE) e então eu procurei a escola enquanto instituição formadora para me dar um suporte e fui bem empoderada por eles**, porque eu tenho autonomia enquanto profissional do serviço e enquanto profissional do SUS de estar tendo gerencia e gestão da minha agenda e das minhas ações**. (T1).

Os preceptores e tutores incentivam para que os residentes possam estar se construindo enquanto líderes frente às comunidades e serviços nos quais atuam. Além disso, estimulam o empoderamento frente às suas agendas e às tomadas de decisão.

Os profissionais residentes são empoderados no sentido de desenvolver-se em relação à autonomia, o que é de especial relevância quando esses indivíduos vivenciam o campo de trabalho pela primeira vez, enquanto graduados, sendo os residentes profissionais habilitados para o desenvolvimento de suas ações, devendo, assim, ter governabilidade para tal.

Grande parte dos profissionais que buscam realizar um Programa de RMSFC são recém-graduados que optam por continuar seu processo de formação no sentido do desenvolvimento de habilidades e saberes relativos à ESF. Cumpre destacar que parte destes não obtiveram experiência profissional antes da trajetória como residente (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017).

Nesse sentido, como afirmam Peduzzi, Ciampone e Leonello (2016), é essencial considerar a primazia de desenvolver ambientes favoráveis para que os profissionais possam exercer seus papéis de decisão em compartilhamento com as equipes. Nesse processo, é importante que o trabalho em equipe seja realizado de modo horizontal, considerado mais eficiente do que as estruturas tradicionais marcadas pela hierarquização e no regramento de cargos, considerados menos ajustados à proposta da colaboração interprofissional.

Já para Dias *et al.* (2018), para que os profissionais exibam o domínio de liderança como CPS, é necessário que, desde a graduação, os educadores empreendam métodos que incentivem o trabalho em equipe; a capacidade de negociação e resolução de conflitos; tomadas de decisões; o despertar da sede para novos conhecimentos; e a dedicação para o desenvolvimento de habilidades essenciais no processo de ser líder.

Em outros discursos, foi possível perceber que os preceptores buscam, em momentos diferentes, que cada profissional tenha a oportunidade de liderar uma atividade ou ação de acordo com a afinidade pela temática apresentada.

> A gente quando vai fazer alguma atividade, sempre se volta para algum público, no caso volta para a **fisioterapia, de certa forma um assunto que eu tenha domínio, os outros que estão junto comigo vão complementar alguma coisa que eles saibam** ou alguma coisa que associe a categoria profissional. (Rqx1).

> Eu vejo que **eles (os residentes) já têm um grande potencial de liderança**, e assim, eles têm uma facilidade de se integrar, de estar liderando, mas como é um grupo, os papéis mudam. **Eu vejo que em determinados momentos alguns assumem mais essa função, mas não vejo centrar em uma única pessoa.** É algo que vai passando por cada momento do grupo, dependendo do assunto, a gente nota que alguns vão assumir a função de liderança, mas sempre que possível a gente está reafirmando, pois nosso papel aqui dentro é **incentivá-los a fazer**. (PNqm3).

Como referido pelos preceptores, é necessário que, em cada momento, um profissional assuma a posição de liderança. Esse fato demonstra o entendimento de que, para trabalhar em equipe, todos os membros devem estar prontos para desempenhar a função de coordenação do grupo. Assim, como asseveram Peduzzi, Ciampone e Leonello (2016), o foco do líder deve perpassar pelos núcleos profissionais, de acordo com a ação a ser desenvolvida; além disso, a coordenação de um grupo sugere espaço para integrar as formas de pensamentos, atitudes e sentimentos de seus integrantes, possibilitando um espaço para novas descobertas e novos aprendizados.

No que cerne aos residentes, eles acreditam que, por meio do processo de formação proporcionado pela RMSF, se desenvolvem enquanto líderes dentro da perspectiva da APS. Além disso, esse processo se dá na medida em que as atividades, enfocadas na PS, são compartilhadas entre os profissionais, o que possibilita que cada residente, em algum momento, assuma o papel de liderar uma tarefa, condicionando-se ao sentido de ser líder.

> Eu acho que essa questão do desenvolvimento enquanto líder, **isso vai com a experiência**. No início da residência, eu não tinha toda a capacidade que eu tenho hoje, para lidar com um grupo que não seja na minha área, eu acho que **esse contato com os usuários vai proporcionando aos poucos essa questão da liderança.** É com o tempo mesmo, é dentro da unidade. (Rqm7).

> Eu reconheço que **está melhorando**. Cada vez que a gente escolhe estar trabalhando com uma temática. (Rqm2).

No estudo de Silva *et al.* (2018b), os participantes do estudo reconheceram seus papéis de líderes ao facilitarem as formações de adolescentes multiplicadores das CPS. Os residentes sentem a própria evolução durante o processo de aprendizado na RMSF, pois conseguem lidar melhor com os grupos de educação em saúde e com a população. Inclusive,

essa interação faz com que as temáticas trabalhadas vão além da sua categoria profissional há evidências de que, por meio das práticas interprofissionais, eles começam a compreender outros temas que não dominavam antes. Nesse sentido, o processo de educação pelo trabalho, que proporciona a atuação profissional e o contato com a população, acaba impulsionando o desenvolvimento de atitudes de liderança.

Em outro estudo, as competências relacionadas à liderança foram vistas a partir da contribuição para a aquisição de novos aprendizados por parte da equipe, com a incorporação de ideias para aperfeiçoar o desenvolvimento das ações, além do estímulo à formação de redes (TUSSET *et al.*, 2015).

Arruda *et al.*, (2018) perceberam que, no dia a dia dos residentes na ESF, qualquer um deles assume o papel de liderança a partir da iniciativa em determinada atividade. Contudo, os autores perceberam que esse processo de assumir as ações, muitas vezes, falhava em relação ao compartilhamento da responsabilidade, o que acabava desencadeando a sobrecarga de alguns.

Além disso, chamou atenção, dos autores deste estudo, um discurso relativo à residência de Quixadá que demonstrou bastante insatisfação em relação ao desenvolvimento da liderança.

> Como líder, está difícil por que a gente chega aqui e quer fazer certas coisas e chega até ser barrado. Assim de se empoderar, de dizer hoje eu vou poder fazer certa coisa. Não, **a gente tem que sempre passar as ações uns para os outros para ver se vai dar certo**. Isso e bem complicado. (Rqx4).

É possível inferir que as tomadas de decisões quando partilhadas pelos integrantes da equipe podem trazer certos transtornos, pois algumas atividades propostas não são aceitas de maneira uniforme, o que pode causar desentendimentos e estresse por parte da equipe. Além disso, são diferentes categorias profissionais com formações distintas e ideais que necessitam entrar em um consenso.

Essa característica faz parte do trabalho em equipe e da atuação colaborativa. Sobre isso, alguns autores reiteram o quanto é desafiador trabalhar com diferentes categorias profissionais e com suas diversificadas visões a respeito de uma realidade, haja vista haver um espaço delicado entre as ideias e atitudes de cada profissional e, concomitantemente, um abismo entre eles. Dessa forma o estabelecimento de interligações entre posicionamentos inicialmente incompatíveis é uma constante dificuldade para a prática interprofissional colaborativa (DIAS *et al.*, 2016).

Nesse processo, também mereceu destaque para a atuação da enfermagem enquanto líder das atividades:

> Assim de liderança eu acho que **o núcleo da enfermagem por si só já tem o habito da liderança**, de gerenciar, de organizar, então na residência isso também permanece. (Rqm5).

Nesse entendimento, outro estudo, também no contexto das RMSFC, destacou a enfermagem como um papel mais notório na liderança e coordenação das ações, haja vista o papel de mediadores no relacionamento entre a equipe, usuários e familiares. Também foi visto que o fato de os enfermeiros, no contexto da residência, assumirem a responsabilidade sanitária por algumas microáreas, além de terem sua formação generalista, o que fazia com que esses profissionais participassem de modo mais ativo dentro dos casos, contribuindo para a sua posição de líder (ARRUDA *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante presente nos discursos dos residentes e preceptores está relacionado à divisão de responsabilidade, pois percebem o processo de liderança, nas ações em PS, como um aspecto de ser responsável por determinada ação, realizando a coordenação destas. Nesse sentido, Fagundes e Braun (2017) afirmam que a divisão das tarefas diminui as obrigações e pressões sobre um único profissional, o que se torna essencial para a organização do trabalho, além de possibilitar o desenvolvimento colaborativo, aumentando a qualidade dos serviços.

Contudo, ser líder vai muito além desse processo de liderar uma ação, assim como sinalizam Farah *et al.* (2017), pois é preciso adequar-se as mais diversas situações que se apresentem, bem como compreender as estratégias que devem ser implantadas, conhecer os profissionais das equipes das quais faz parte, bem como o contexto em que todos estão inseridos, possibilitando construir formas para a melhoria do trabalho.

Ainda é importante considerar que os residentes, ao perceberem que, por meio da RMSF, estão evoluindo na direção da liderança, demonstram que o programa possibilita o desenvolvimento dessa competência em toda a equipe multiprofissional, ratificando a realização das atividades com horizontalidade, favorecendo, nesse sentido, o cuidado e a realização das atividades em PS.

5.2.8 Diagnóstico

Para a PS, é preciso detectar as necessidades, bem como as potencialidades em relação à clientela adstrita à ESF e seus contextos socioculturais, econômicos, políticos, bem

como os ambientes em que vivem, seus comportamentos, hábitos e aspectos biológicos, os quais têm relação com as condições de saúde (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Isto posto, são consideradas competências para um promotor de saúde: fazer bom uso de metodologias participativas que envolvam as parcerias locais para o diagnóstico das necessidades; fazer uso dos mais diversos métodos, tanto quantitativos como qualitativos, para o diagnóstico das realidades; colher dados, revisá-los e avaliá-los, além de informações e literaturas que se tornem base para as ações em PS; compreender os DSS que tragam impactos para a PS; reconhecer as carências em saúde, as qualidades e os meios importantes para as ações em PS; interpretar os diagnósticos de modo ético e apropriado à cultura do território; elencar as prioridades para as ações em PS junto aos atores sociais, na busca por melhores evidências e pautados em valores éticos (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Para os residentes, o diagnóstico do território se dá por meio do processo de territorialização em que os profissionais passam a conhecer os locais nos quais irão atuar.

> Essa é a nossa primeira identificação **sendo uma parte muito rica da residência que é o processo de territorialização** que a gente já conheceu bem qual era o perfil da nossa comunidade: carente e super populosa. (Rqm5).

> **A gente identificou o importante através da territorialização onde andamos e conhecemos todas as comunidades.** Através dos ACS, eles nos passaram dados de todas as suas áreas, por exemplo, quantos pacientes hipertensos, quantos pacientes obesos, diabéticos, para a gente conhecer a demanda que iríamos trabalhar. (Rqx3).

> **As 5 primeiras semanas dos residentes no território é de territorialização, então a gente dispara um tutorial de territorialização e eles tem 5 semanas para vivenciar**, **sentir e conversar com as pessoas do território, se apresentar, entender e a os aspectos culturais, políticos, sociais que envolve aquele território**. Esse espaço garantido de territorializar, de ter essa imersão na comunidade tem um tutorial disparador de como se dá essa territorialização, mas eles ficam a vontade para construir e ou conduzir essa territorialização com os preceptores. (T2).

Inicialmente, quando os residentes entram no processo de formação da RMSF, ocorre a apresentação do programa. Sendo assim, eles passam as primeiras semanas no processo de imersão, momento em que são apresentados o percurso de formação, o acompanhamento pedagógico e de ensino-aprendizagem. Também ocorre o primeiro módulo teórico-conceitual que lança as bases para desencadear o processo de territorialização que deverá ocorrer no *lócus* de atuação profissional (ARAÚJO FILHO, 2017).

A imersão do residente ocorre durante as quatro primeiras semanas, momento em que os profissionais passam a compreender o contexto da saúde no Ceará, bem como as políticas públicas que constituem sua história. Nesse período, o residente é acolhido pela ESP/ CE, e são realizadas oficinas e rodas de conversas tendo como importantes características o

uso teórico-metodológico da educação Popular em Saúde como impulsionadora desse processo (CEARÁ, 2018a).

É nesse período que são discutidos e debatidos temas relacionados aos impactos das residências no SUS, bem como diretrizes, desafios e perspectivas; a trajetória percorrida pelo sistema de saúde brasileiro desde sua concepção até os dias atuais; colaboração interprofissional; o contexto político, social e econômico atual; e são apresentados o currículo, o PPP e o regimento interno da residência (CEARÁ, 2018a).

Posteriormente, os residentes são alocados nos devidos municípios e unidades de saúde onde irão desenvolver suas ações. Para que a atuação na ESF seja realizada conforme os preceitos de integralidades e equidade, é fundamental a organização dos serviços ofertados pelas unidades, pois as famílias de um determinado território sofrem influências do contexto social, histórico e econômico da realidade em que estão inseridas, sendo o reconhecimento das necessidades dessas famílias uma premência de representação social (OLIVEIRA, 2012).

Santos (1998) expressa o território como espaço onde o homem vive e se utiliza deste como objetos e ações. Essa noção de território configura-se como novos recortes que vão além da dimensão de região, resultante de novas conformações e de funcionamentos. Nesse sentido, o território não é inerte, sendo a sua compreensão essencial para a inalienação e para impedir o risco de extraviar o sentido existencial e coletivo inerente ao ser humano.

Nesse aspecto, o entendimento dos territórios, em todas as complexidades que exibem, constitui-se em uma etapa essencial para descrever e analisar as comunidades e as problemáticas em saúde que afetam os indivíduos. A partir desse processo, dá-se a compreensão da clientela adstrita às unidades de referência, permitindo compreender como as ações e serviços de saúde estão impactando a população, gerando a possibilidade de realizar práticas efetivas de acordo com o *lócus* de vida das pessoas (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A PNAB coloca o processo de territorialização como uma importante atribuição dos profissionais da APS, com a identificação dos riscos e da atualização constante das informações (BRASIL, 2012b). Dessa forma, a territorialização concerne em um preceito elementar para a ESF, o qual ultrapassa o conceito de lugar onde se depositam os atributos populacionais, para uma concepção de corresponsabilidade e de ações compartilhadas (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Contudo, os processos de reconhecimento dos territórios existentes nas unidades de saúde, no geral, são mais restritos à construção de dados epidemiológicos relativos às condições sanitárias, à situação de morbimortalidade e à forma como os serviços de saúde são utilizados (NASCIMENTO; EGRY, 2017).

Autores apontam que os processos de territorialização na APS têm sido restritos à confecção de mapas concentrados nas áreas de risco de incumbência dos profissionais, sendo considerados mais uma estratégia de organização e gerenciamento, não agregando de fato a participação da comunidade nem tampouco fortalecendo o comprometimento ético-sanitário entre equipe e comunidade. Como efeito, também não são estabelecidas parcerias de corresponsabilização com os usuários que geram mudanças eficazes (PESSOA *et al.*, 2013).

Além disso, quando o conhecimento sobre as necessidades das comunidades é impreciso, acaba por exibir dificuldades em identificar as principais vulnerabilidades do território (OLIVEIRA, 2012). Desta feita, quando os usuários não são ouvidos em suas necessidades e quando os profissionais não são sensíveis às demandas vivenciadas pelas comunidades, as ofertas assistenciais passam a ser disparadas por protocolos e metas a serem atingidas, com a programação de agendas predefinidas, não havendo espaço para o que os usuários realmente consideram como importante para suas vidas (MERHY *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a residência permite que esse processo de territorialização ocorra do modo como preconizado, e, nesse aspecto, os residentes reconhecem esse processo como um momento importante das residências em saúde, pois, a partir dele, é possível identificar o perfil populacional, os agravos e necessidades referentes aos cenários em que irão atuar durante os dois anos de residência. Também é nesse momento que se inicia o contato com os ACS, os Conselhos Locais de Saúde, grupos e outros, a fim de perceber as características do contexto do território de atuação.

Pelas falas dos residentes é possível compreender que eles utilizam cinco semanas somente para conhecer os equipamentos assistenciais presentes e a comunidade, buscando ouvir os usuários e identificar suas culturas e necessidades.

A partir dessa noção de território, a RMSFC da ESP/CE atribui, à territorialização e ao planejamento participativo, o *status* de primeiro passo para as atividades da residência, período no qual os residentes reconhecem o território em que irão exercer suas funções. Além disso, como estratégias, são realizadas oficinas com pessoas-chave do território, proporcionando a participação dos usuários nesse processo para, assim, identificar as problemáticas, os desafios e as potencialidades que se destacam nas localidades (ARAÚJO FILHO, 2017).

Nessa concepção, o primeiro módulo dos residentes compreende 704 horas-aula, apresentando como constructo a territorialização e o planejamento participativo. A partir desse processo, são construídos relatórios-sínteses, e o processo vivenciado é socializado para

os demais residentes da ESP no encontro teórico presencial posterior, momento em que essas vivências são apresentadas por meio de expressões artísticas e criativas (CEARÁ, 2018a).

Pessoa *et al.* (2013) acreditam que, quando são realizadas ações de reconhecimento das necessidades em saúde com organização e planejamento das ações com base na epidemiologia e no mapeamento participativo, é possível colaborar com o acesso aos serviços, acolhimento, resolução de problemas, bem como auxiliar na percepção das produções em saúde, contextualizadas com a dinâmica existente entre saúde e doença.

No estudo de Dias *et al.* (2018), o domínio de diagnóstico foi percebido a partir da identificação de fatores de risco e das condições de fragilidade existentes com vistas a orientar o planejamento e a execução das ações. Os autores também asseveram a importância da identificação dos DSS e o reconhecimento das necessidades que possam repercutir nas ações de PS.

Em outra pesquisa, o domínio diagnóstico foi percebido por meio das capacidades, relativas aos recursos humanos, para atuar em PS; além disso, o domínio foi notado ao se expressar que o planejamento deve ser realizado com base no contexto local e na capacidade ativa dos serviços de saúde. Contudo, foram percebidas lacunas, como a necessidade de averiguar as condições de saúde e os mecanismos disponíveis, além de observar a necessidade de pensar em estratégias de sistematização para a realização do diagnóstico.

Destaca-se que o processo de territorialização não é estático, ele continua a ocorrer durante todo o tempo em que novas demandas vão surgindo no decorrer das ações, conforme pode ser percebido nas falas a seguir

> **Bom ai volta à questão da territorialização e também do trabalho diário deles**. Então o que é que está surgindo mais? Quais as principais demandas que estão chegando? O que é que a gente pode fazer? Está vindo da onde? Da escola? É da rua tal? É o agente de saúde? É do território x que está demandando? De onde estão vindo essas demandas? Como a gente pode trabalhar elas? (PNqm4).

> Vai com a territorialização que não é só aquele momento de chegar e se debruçar sobre o território e ver o que existe nele, mas **o tempo todo a gente está territorializando**. (Rqm3).

> **Até durante as consultas, a gente tenta entender o que está se passando no território para, a partir disso, realizar as ações**. Mas, o ponto de partida foi a nossa territorialização em que nós identificamos as necessidades (Rqm1).

Nesse entendimento, a RMSFC concebe a compreensão das necessidades da comunidade a partir da ideia de território vivo, no qual o ambiente e as pessoas vão se

transformando, sendo, portanto, necessárias adequações por parte da equipe, segundo as novas demandas que surgem.

Também foi perceptível que as necessidades dos territórios são constantemente avaliadas, por meio das consultas, de grupos e outros. A mais, a partir dessas identificações, são geradas estratégias com vistas a responder adequadamente àquilo que é percebido pela equipe. Ademais, assim como afirmam Santos e Rigotto (2011), o diagnóstico constante do território vai muito além da captação de dados e demarcações territoriais, ele permanece e se renova diariamente, considerando as dinâmicas existentes e as novas realidades que vão surgindo no contexto das famílias e comunidades.

A partir do que é referido pelos residentes, preceptores e tutores, é possível inferir que o processo de territorialização, realizado pelos residentes, contempla o domínio de diagnóstico, cabendo destacar a importância que é dada a esse momento por parte dos profissionais envolvidos, ocorrendo uma escuta e um envolvimento das comunidades. Além disso, há uma busca pela identificação do perfil social, cultural, epidemiológico, ambiental e dos processos de trabalho, sendo que esse processo irá subsidiar todas as ações que serão realizadas pelos residentes durante os dois anos de residência, a mais, esse diagnóstico se perpetua por meio da constante reavaliação das necessidades, o que reitera o desenvolvimento das competências relativas ao domínio diagnóstico do CompHP.

5.2.9 Planejamento

No que cerne ao sentido de planejar, pode-se afirmar que ele apresenta como finalidade analisar as necessidades, os recursos e os meios para o desenvolvimento de estratégias e ações em períodos definidos de tempo. Além disso, são identificados os atores responsáveis e maneiras de acompanhar as medidas avaliativas, acerca do alcance dos objetivos e metas e no nível de qualidade no qual se destinam as ações (PARENTE, 2011).

O domínio planejamento é descrito como o desenvolvimento de finalidades e metas para as PS que possam ser dimensionadas e realizadas tomando-se como base o diagnóstico dos territórios, levando em consideração os pontos fortes e as necessidades identificadas, em parceria com as comunidades (DEMPSEY *et al.*, 2011).

Nesse aspecto, um promotor de saúde deve desenvolver as seguintes competências (DEMPSEY *et al.*, 2011, p. 11):

1. Mobilizar, apoiar e envolver a participação dos atores/parceiros sociais no planejamento das ações de promoção da saúde;

> 2. Utilizar modelos atuais e abordagens sistemáticas no planejamento de ações de promoção de saúde;
> 3. Desenvolver um plano de ação que pode ser executado, segundo os recursos, às necessidades e às potencialidades disponíveis;
> 4. Desenvolver e informar metas e objetivos realistas e mensuráveis para ações de promoção da saúde;
> 5. Identificar estratégias de promoção da saúde apropriadas para o alcance das metas e objetivos fixados/acordados.

Na realidade da residência da ESP/EC, o planejamento das ações a serem produzidas decorre do processo de territorialização descrito anteriormente. É por meio desse reconhecimento dos territórios que todas as ações passam a ser desenvolvidas, de acordo com as necessidades e potencialidades identificadas, como descritas nas falas a seguir:

> **Eles planejam a residência inteira**, eles têm um momento de roda de equipe, de roda de gestão. **Inicialmente temos o processo de territorialização** em que eles vão identificar as demandas e conhecer o território, reconhecer **às necessidades, as fragilidades, as ameaças e as potencialidades** (T1).

> **As ações são planejadas a partir do processo de territorialização**, em que eles fazem a territorialização **e as oficinas com as pessoas envolvidas, levantam as demandas, elencam as prioridades e constroem a agenda** com base nessas prioridades. (T2).

Nesse sentido, após realizarem a territorialização, as informações coletadas são utilizadas para o planejamento das ações. Este, por sua vez, ocorre junto à população, a partir da realização de oficinas, sendo denominado Planejamento Participativo.

Entendida como quinta etapa do primeiro módulo da RMSFC, é realizada a sistematização das informações colhidas, a partir de oficinas realizadas junto às comunidades, por meio de rodas de conversa entre os residentes, com vistas a perceber as potencialidades e dificuldades que perpassam os territórios. As informações coletadas devem então ser organizadas em eixos temáticos com base nas realidades encontradas (CEARÁ, 2018a).

Os residentes seguem um roteiro sistematizado para a implementação das oficinas, devendo ser realizadas em equipamentos sociais estratégicos do território de atuação, visando à construção de um projeto comum e adequado às necessidades de saúde da população. Também são convidados diversos atores sociais, a partir de uma mobilização prévia pelos residentes. Em suma, essas oficinas caracterizam-se como um momento para análise dos problemas elencados e para a construção de um plano de ação (CEARÁ, 2018a).

Nesse sentido, Parente (2011) afirma a importância da participação da comunidade durante o processo de planejamento para o alcance de efetividade na construção das agendas. Dessa forma, deve ser garantida a participação de todos os envolvidos no processo de PS, desde usuários, passando pelo controle e movimentos sociais, trabalhadores e

gestão. Nesse ensejo, com a garantia da participação dos coletivos, as forças são multiplicadas, assim como as possibilidades, desde que os participantes estejam organizados para tais finalidades.

O planejamento participativo é, então, realizado, levando em consideração os dispositivos e instituições presentes nos territórios, incluindo serviços sociais, instituições de saúde, escolas, associações, que, inclusive, poderão se tornar importantes parcerias para o desenvolvimento das ações. Nesse sentido, Araújo Filho (2017) considera o Planejamento Participativo como uma adequação do Planejamento Estratégico Situacional (PES), tomando como base as oficinas de territorialização com a participação da comunidade, como uma forma de planejar ações para a resolução das problemáticas encontradas e a fim de responder os anseios das comunidades.

Figueiredo *et al.* (2020) afirmam que, para a ESF, o planejamento mais adequado é justamente o PES, haja vista que ele é apropriado para manifestar a identidade organizativa de uma instituição, auxiliando a determinar metas e objetivos, tomando como base a missão a ser alcançada pelos profissionais. O PES ainda incentiva processos reflexivos e de debate, contribuindo para que ocorram adequações constantes e apropriadas às necessidades.

Por conseguinte, o planejamento vai muito além de uma simples ferramenta de organização, possibilitando a efetivação da autonomia dos profissionais, além de torná-los protagonistas, em conjunto com os demais atores das comunidades. Além disso, o planejamento influencia a forma como esses trabalhadores se relacionam com o setor saúde, incluído gestão e usuários (PARENTE, 2011).

Além desse momento de construção do planejamento participativo, que orienta todas as ações desenvolvidas durante a residência, os residentes também apresentam um dia na semana para realizarem o planejamento das ações a serem desenvolvidas e a construção das agendas.

> **Todas as segundas-feiras a gente planeja, a gente senta, a saúde da família e o NASF,** então para essa semana a gente tem determinada atividade, então trabalhamos com o grupo, para roda de conversa, essas coisas. Então a gente planeja o que é que a gente vai usar, o que nós vamos fazer, a nossa técnica. Nós estabelecemos metas desde a territorialização. (Rqm2).

> Dentro da proposta da residência, o que eu acho interessante do nosso calendário, na nossa agenda, no cronograma, é que **temos um turno que é específico para isso**, **então é nesse turno que a gente vai planejar as ações a ser desenvolvidas**, sempre trazendo a problemática que está saltando naquele momento no território. (PCqm1).

Ao passo que ocorre o planejamento participativo, este não é inerte, nem tampouco as agendas devem ser. Ao levar em consideração que as necessidades do território mudam constantemente, os serviços de saúde devem ser adaptados a essas variações e como as novas realidades são apresentadas. Nesse sentido, o planejamento acompanha o residente durante todo o processo formativo.

Um aspecto diferente das residências é que há um espaço semanal para que os residentes planejem e articulem as ações. Ademais, eles cumprem carga horária semanal de 60 horas, (CEARÁ, 2017) enquanto os profissionais não residentes, que atuam nas unidades, cumprem entre 36 a 40 horas (BRASIL, 2006b) e não têm esse período de tempo definido semanalmente para planejar suas ações, tendo que cumprir todas as demandas das unidades.

Um estudo de Figueiredo *et al.* (2020) apontou que os profissionais da APS realizam o planejamento local de suas ações, porém exibem falhas ao não avaliarem as ações desenvolvidas e não alimentarem os instrumentos utilizados nesse processo de gestão das ações, o que dificulta o monitoramento e a análise da efetividade dos serviços realizados de forma mais fidedigna.

Em outro estudo, Pereira *et al.* (2019) constataram dificuldades para o planejamento em equipe, relacionadas ao excesso de trabalho, número insuficiente de profissionais e recursos deficientes que, muitas vezes, prejudicam a efetivação das ações.

Em relação à PS, achados em outra pesquisa apontaram o diagnóstico como domínio na prática docente, capaz de favorecer a obtenção de informações substanciais para a população assistida, sendo essa tarefa considerada essencial para subsidiar as ações a serem implementadas. Ademais, o mesmo estudo trouxe a existência de lacunas em relação a esse domínio, o que não foi percebido na fala dos docentes, despertando reflexões para a necessidade do planejamento nos métodos de ensino do professor como estratégia essencial para a organização e o direcionamento do trabalho (DIAS *et al.*, 2018).

Nesse sentido, entende-se que a presença de um turno semanal para o planejamento demonstra o quanto são dados importância e enfoque para esse processo durante as residências, o que torna essencial para a comunicação da equipe e para o fortalecimento da atuação colaborativa. Além disso, à medida que há tempo disponível para o planejamento das ações, pressupõe-se que estas sejam mais bem organizadas e implementadas, além de ser um momento para a discussão daquilo que o território apresenta como necessidade naquele período.

Esse espaço para realizar o planejamento das ações contribui para que a oferta de serviços seja sempre mais adequada às necessidades apresentadas. Nesse sentido, Faria,

Campos e Santos (2018) constatam que as realidades são móveis e se transformam constantemente, havendo a necessidade de planejamento continuado e permanente, a fim de garantir que as ações e serviços sejam adequadamente direcionados, aperfeiçoando e corrigindo os serviços, sempre na busca pelo alcance de metas e objetivos.

Como segundo módulo dos residentes, a partir das reflexões despertadas pela territorialização, os profissionais passam a construir suas agendas de trabalho, com vista a responder às necessidades identificadas. Nesse sentido, a construção das agendas deve corresponder aos achados durante o diagnóstico dos territórios e deve ser baseada na dinâmica das unidades de saúde, além de permitir uma reflexão crítica em relação aos processos de trabalho e prática interprofissional colaborativa, à gestão participativa e aos cuidados pautados na integralidade e interdisciplinaridade que devem nortear os serviços cotidianos (CEARÁ, 2018c)

No segundo módulo, então denominado "Colaboração interprofissional e processo de trabalho em saúde", é disparada a construção de um Fluxograma Analisador, com vistas a analisar os processos de trabalho vivenciados no cotidiano prático. Dessa forma, o Fluxograma Analisador é uma ferramenta que auxilia na identificação de contradições e dificuldades encontradas nos serviços, a mais, contribui para criar novas configurações de trabalho (CEARÁ, 2018c).

Ao final dessa atividade, como atividade produto do módulo (principal atividade pelos quais os residentes são avaliados), tem-se o fluxograma realizado. Cabe salientar que todo esse processo possui um aparato de literaturas dentre as quais estão os tutoriais dos módulos, manuais pedagógicos e artigos científicos que são trabalhados durante os períodos de roda de campo e núcleo (CEARÁ, 2018c).

Há o entendimento, portanto, de que planejar é um ponto de partida para desenvolver ações com mais qualidade, facilitando processos de interação, integração, comunicação, liderança e organização, além de ser uma estratégia capaz de suscitar novos processos que direcionam e facilitam a realização das ações (PARENTE, 2011).

5.2.10 Implementação

No referencial CompHP, implementar ações em PS trata-se de pôr em prática atividades efetivas e eficientes, adequadas à cultura e pautadas em valores éticos, com um trabalho conjunto com atores e parcerias sociais (DEMPSEY *et al.*, 2011).

De acordo com o mesmo referencial, para promover saúde, o profissional deverá ser apto a: realizar ações em PS com ética, que valorizem a cultura local e a participação comunitária e que promovam o empoderamento dos usuários; aprimorar, guiar e usar artifícios e ferramentas adequadas; gerir os artifícios para a implantação efetiva de acordo com o que foi planejado; favorecer a sustentabilidade de projetos e o engajamento das parcerias e atores sociais por meio da cooperação contínua; acompanhar qualitativamente metas e objetivos preestabelecidos de acordo com a implementação das ações (DEMPSEY *et al.*, 2011). Durante toda a formação na residência, ações em PS são implementadas, segundo os mesmos autores, a partir dos atendimentos individuais e compartilhados, salas de espera e grupos de educação em saúde, nomeados de acordo com a população-alvo como descrito a seguir:

> É feito através de uma sala de espera. Implementamos **salas de espera** ou fazemos um **grupo de gestante**, um **grupo de hiperdia, de idoso**, e vamos fazendo dessa forma. (PNqm2).

> Acho que através dos grupos, **grupos de saúde da mulher, grupo de hiperdia, o grupo de gestante, a gente começou o de tabagistas** só que não deu certo, mas ainda estamos tentando, ainda estamos no processo de implantação. (Rmq1).

> A gente trabalha muito **grupos, salas de espera, nas escolas também, a gente vai nas creches. À**s vezes, participamos de algumas **ações no CRAS**, porque no CRAS nós já temos alguns grupos, no Centro de Convivência do Idoso, pelo menos uma vez por mês. (Rqm1).

Pelo diálogo apresentado, as ações em PS são trabalhadas com o uso de grupos de educação em saúde e por meio das salas de espera. Percebe-se que os grupos são nomeados de acordo com a clientela assistida com foco no nome da condição de saúde que apresentam.

Também foi possível perceber a realização de ações intersetoriais com ênfase para os equipamentos de proteção social, como o CRAS; e equipamentos do setor de educação, como é o caso de creches e escolas.

Para Menezes e Avelino (2016), o conceito de grupo está relacionado a um agrupamento de pessoas com objetivos comuns. A partir do conceito ampliado de saúde, os grupos passaram a ser utilizados especialmente no contexto da APS, sendo considerada uma categoria de cuidado coletivo como prática de educação e prevenção à saúde.

Nesse sentido, é possível conceber o grupo educativo como uma importante estratégia, haja vista que, apesar das dificuldades que podem emergir ao se trabalhar com um público com diferentes personalidades e histórias, essa forma de atenção tem demonstrado resultados positivos no sentido da PS, bem como da prevenção de agravos e da própria educação das comunidades (MENEZES; AVELINO, 2016).

Um estudo de Rego *et al.* (2019) enfatiza a satisfação dos usuários em participarem de grupos na UBS, em especial pela aquisição de novos conhecimentos e na aquisição de hábitos saudáveis e aperfeiçoamento de habilidades pessoais.

Além dos grupos temáticos, nos discursos foram ressaltadas as salas de espera enquanto outro espaço de grande valia para a PS. Nesse caso, como afirmam Teixeira e Veloso (2006), as salas de espera podem ser consideradas *locus* privilegiado para atividades em PS, aproveitando o momento em que a população aguarda o atendimento. Além disso, geralmente, esse é um espaço de interação entre os populares, no qual existe diálogo, observações, trocas de vivências e expressão de sentimentos e emoções.

Ao usar a sala de espera como espaço oportuno para as ações em PS, forma-se ali um trabalho em grupo específico para um determinado contexto. Nesse espaço, os expositores começam um processo de participação e de educação em saúde. Esse momento é essencial para compartilhar experiências, o conhecimento popular e os diferentes significados de cuidar, de modo que os saberes das comunidades interagem com o conhecimento repassado pelos profissionais (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Vale salientar que os grupos e ações educativas também ocorrem em outros setores do território, como escolas, creches e o CRAS. Essas atividades fora do ambiente da unidade de saúde são importantes para o alcance dos usuários que não apresentam o hábito de comparecer aos serviços ofertados.

Nesse sentido, as salas de espera e os grupos podem ser vistos como uma oportunidade incontestável de aprendizado mútuo entre profissionais e usuários, assim como relatado por um dos residentes:

> Passar também o conhecimento, não só passar, mas também aprender com os usuários, porque quando vamos fazer alguma educação em saúde, **nós informamos o que sabemos e às vezes, a gente a gente aprende junto com eles**. (Rqx1).

Esse compartilhar de conhecimentos demonstra que os profissionais residentes aprendem a valorizar a sabedoria popular, bem como a cultura das comunidades em que atuam, de forma a compreenderem como os usuários percebem o cotidiano em que vivem.

No espaço proporcionado pelos grupos e salas de espera, ocorre a troca de saberes, o que, como afirmam Rodrigues *et al.*, (2018), é capaz de auxiliar inclusive nas decisões terapêuticas, compartilhado inquietações e incertezas; e a obter mais entendimento em relação aos temas abordados e à prevenção dos problemas em saúde.

Becker e Rocha (2018) ressaltam as salas de espera como momentos oportunos para a troca de conhecimento e para a promoção da autonomia e cidadania, além do

desenvolvimento de vínculos com os usuários. Os profissionais também são capazes de aproveitar esses momentos para a produção de novos sentidos em relação ao processo saúde-doença, a partir da cultura e do diálogo com a comunidade.

Teixeira e Veloso (2006) também consideram que as salas de espera geram demandas, oportunizando que os usuários reconheçam e se identifiquem com as temáticas trabalhadas. Nessa perspectiva, é possível atrair os usuários para consultas, visitas domiciliares e outros grupos, além de agendamentos para a equipe multiprofissional.

> Por meio **tanto dos atendimentos individuais da equipe, atendimentos compartilhados, é a educação em saúde.** (Rqm2).

As consultas para os residentes, sejam elas individuais ou coletivas, são uma importante forma de realizar PS. Por meio desse espaço, diariamente os residentes realizam ações em PS ao perceberem a clínica de seus usuários além das medidas terapêuticas usadas para cada caso.

Ao pontuarem diversos espaços como oportunos para implementar ações em PS, além do reconhecimento do aprendizado mútuo entre usuário e profissional, desvela-se a presença do domínio implementação no contexto formativo das residências.

5.2.11 Avaliação e pesquisa

Dempsey *et al.* (2011) consideram a avaliação e a pesquisa como último domínio de competências presente no referencial CompHP. Nessa competência, verifica-se como fazer uso de metodologias avaliativas e estudos pertinentes para definir o alcance das ações e se elas estão sendo significativas e efetivas para a PS.

Dentro desse domínio, estão presentes as seguintes competências:

> (1) Identificar e utilizar ferramentas de avaliação e métodos de pesquisas apropriados;
> (2) Integrar a avaliação no planejamento e na implementação de todas as ações de promoção da saúde;
> (3) Utilizar os resultados da avaliação para redefinir e melhorar as ações de promoção da saúde;
> (4) Utilizar pesquisas e estratégias baseadas em evidências para apoiar a prática;
> (5) Contribuir para o desenvolvimento e a disseminação da avaliação da promoção da saúde e do processo de pesquisa (DEMPSEY *et al.*, 2011, p. 12).

No sentido de avaliar as ações em PS, os atores deste estudo realizaram a avaliação das ações por meio da opinião expressa dos usuários e dos profissionais sobre as

ações em PS de forma subjetiva. Os resultados dessas avaliações, a *posteriori*, foram discutidos e incorporados às ações de modo a torná-las mais efetivas.

> **As avaliações são muito subjetivas, a gente ainda não tem um instrumento formal para avaliar isso (as ações de PS), mas avaliamos a partir do impacto que essa ação tem gerado**, seja para os próprios profissionais, seja para os participantes da ação e seja a partir da demanda que suscitou aquela ação. **Nós usamos esses resultados para melhorar as ações em um processo de começar e recomeçar**, ou seja, a gente sempre tenta estar refletindo aquilo que está dando certo, as ações que estão realmente atingindo seu objetivo. Nós não temos um constructo, algo formal, mas a partir das discussões a gente sabe o que está bem e o que precisa ser melhorado. (PNqm4).

> Às vezes, **pelo próprio *feedback* do usuário**, **da pessoa falar ao final da atividade: gostei bastante da conversa**. É feito no momento mesmo, ou então futuramente, vem uma pessoa procurar atendimento, a pessoa falou: aquele dia é importante, então eu venho procurar. Outros usuários falam: eu gostei bastante - e quando futuramente a pessoa retorna preocupada com o que foi falado no momento de um grupo ou sala de espera. Também percebemos se o público de determinada ação não prestou atenção, então a gente se pergunta: o que é que aconteceu? O que é que a gente precisa melhorar? (Rqm4).

É possível compreender que as informações sobre a efetividade das ações em PS são percebidas a partir das opiniões dos usuários durante e após a realização das atividades, não havendo nenhuma sistematização ou instrumento para essas avaliações. Outras formas de avaliar as ações ocorre a partir da demanda que a atividade é capaz de gerar, no sentido da participação dos usuários em outras ações e serviços ofertados pela unidade e por outros setores.

A partir da opinião e da aprovação dos usuários quanto aos serviços e atividades prestados, além do comparecimento destes nas atividades educativas, os residentes percebem o que é necessário modificar e aperfeiçoar, valendo-se de um processo de discussão e planejamento das demais atividades continuamente.

Pode-se dizer, então, que a avaliação das ações em PS é realizada a partir das práticas cotidianas e da satisfação do usuário. Nesse sentido, corroboram-se os achados de Silva (2005), ao afirmar que as ações em saúde podem ser consideradas positivas quando há muitos participantes e quando eles expressam que o momento foi bom e que se sentiram satisfeitos. Nesse caso, é possível afirmar que esse tipo de avaliação ocorre a partir de concepções provenientes do senso comum, não havendo métodos sistematizados de investigação, análise e posicionamento em relação a um juízo de valor.

Portanto, a avaliação em PS, gerada pelas RMSFC, é permeada pelo campo da informalidade. Cumpre destacar, como apontado por Hermida *et al.* (2016), que as avaliações que não apresentam metodologia apropriada ou uma forma de sistematizar o julgamento das

ações também não exibem parâmetros ou outras formas para medir os resultados. Tal fator pode estar relacionado à dificuldade para avaliar as práticas em PS de modo eficaz.

Contudo, como apontado pelos mesmos autores, ao promover a participação dos usuários no tocante aos processos avaliativos, a avaliação possibilita que eles se sintam como protagonistas das ações em saúde, o que contribui de forma decisiva para o aperfeiçoamento dessas práticas.

Outra forma de avaliação das ações em PS, que se sobressaíram nos diálogos, diz respeito à Sala de Situação em Saúde (SDSS), momento em que os residentes avaliam indicadores em saúde de suas unidades, bem como o impacto que suas ações e serviços estão gerando.

> Nós temos a **sala de situação**, **que através da análise dos dados coletados é construída uma sala de situação que é atualizada periodicamente** e serve como um parâmetro para melhorar e para planejar também as ações que virão depois. É a partir disso que planejamos e vemos o resultado para depois melhorar os serviços. (PNqm3).

Durante o percurso do residente, como atividade do módulo transversal cinco de Vigilância em Saúde, os residentes realizam a construção da SDSS como atividade-produto do módulo referente às localidades em que eles atuam (CEARÁ, 2018d)

A SDSS pode ser considerada uma ferramenta que facilita a utilização de informações e as tomadas de decisões em saúde, por meio do reconhecimento dos dados sanitários. Nesse sentido, a SDSS é capaz de auxiliar em processos de tomada de decisões servindo a gestores para avaliação dos programas e serviços de saúde, além de contribuir para deliberações por parte das equipes de saúde na APS em que se produz o dado inicial (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Para que os residentes consigam realizar as suas ações com base na realidade de saúde local, é importante que a SDSS seja condizente com a realidade. Para tanto, Sellera *et al.* (2019) chamam atenção para que a SDSS seja construída a partir de dados fidedignos, e que as fontes sejam consistentes e confiáveis, para que o processo de qualificação e análise dos dados produzidos sejam viáveis e factíveis.

Para que essa ferramenta seja eficaz, os residentes são orientados a construir a SDSS como equipe multiprofissional, considerando todas as informações, desde as individuais e coletivas, passando por aquelas relativas à gestão, serviço, território, trabalhadores e usuários. Esse momento também deve ocorrer a partir das vivências da equipe, em que, por meio desse processo, novos indicadores deverão emergir devido à

potencialidade que surge do trabalho interprofissional e entre os vários setores pelo qual os residentes passaram (CEARÁ, 2018d).

Por conseguinte, a construção da SDSS permitirá entender e elencar indicadores dos serviços e das localidades em que os residentes atuam, trazendo informações presentes desde a territorialização até a rotina dos serviços. Também permite perceber a produção de saúde por parte dos profissionais, especialmente da atuação dos residentes, sendo importante para instigar processos reflexivos em relação às atividades desenvolvidas e seus impactos nos territórios de atuação (CEARÁ, 2018d).

Estudos apontam que os profissionais da APS reconhecem a SDSS como uma ferramenta relevante para exposição, monitoramento, avaliação e planejamento das ações em saúde. Apesar disso, muitas unidades de saúde não atualizam as informações, mostrando a necessidade de uma maior priorização e incentivo para a utilização adequada da SDSS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

No contexto das residências em saúde, ao trazer à tona a prática da construção de uma SDSS por parte dos residentes, possibilita-se maior visibilidade por parte dos demais profissionais e gestores desse tipo de sala. Nesse sentido, após a saída dos residentes do território, os trabalhadores que permanecem em serviço poderão estar sensíveis à importância da SDSS, podendo dar continuidade a esse processo. Além do mais, os residentes, após finalizarem seu processo formativo, ao retornarem ao mercado de trabalho na APS, terão a possibilidade de inserir a SDSS a partir de novos contextos.

Nesse sentido, nota-se que a avaliação das ações está presente no cotidiano dos residentes, mostrando-se como um ponto forte nesse programa de formação. Contrário a esses achados, na pesquisa de Tusset *et al.* (2015), o domínio avaliação não apareceu de maneira a satisfazer essa categoria e, ao ser expressa nas falas dos participantes do estudo, mostrava-se o desejo que os processos desse domínio se fizessem presentes como ações dos profissionais que implementam a PSE.

Além do processo de avaliação das atividades, foi visto que se busca, de certo modo, incorporar o resultado das avaliações das ações em PS para aperfeiçoar os serviços, ao passo que se tenta melhorar as ações para que a população as considere importantes.

> **É feito uma avaliação e o resultado dessas avaliações é usado para melhorar as ações**, por exemplo, essa atividade aqui não deu certo, o que é que precisa melhorar no seu trabalho? No caso com a questão de grupos ou acolhimento o que não deu certo? Vamos tentar puxar a população de outra forma? (PNqx3).

> **A gente senta e vai ver o que está certo e o que não está**. Vemos também como a gente pode estar melhorando, então tem que ter essa história, essa avaliação, por

> exemplo: ah! eu avaliei, vi que isso precisa melhorar, e usamos para aperfeiçoar. (Rqm2R).

> Não, assim não há uma avaliação fixa de tudo o que a gente desenvolveu relacionada à promoção da saúde. **A gente faz uma avaliação subjetiva**. Vocês gostaram? Acho que não vai para frente? Temos que mudar algumas coisas? Temos que colocar ou não? Retirar? (Rqm5).

A partir do resultado das avaliações subjetivas realizadas durante as ações em PS, os residentes conseguem perceber se as atividades estão agradando, se os usuários conseguem prestar atenção, se estes permanecem frequentando as ações e demais serviços realizados pela unidade de saúde. Desse modo, os residentes aperfeiçoam suas ações, ao passo que elas vão sendo consideradas positivas pelo modo de aceitação da comunidade.

Outra incorporação de mudanças a partir da perspectiva das avaliações, trata-se das modificações que vêm surgindo no processo de formação da RMSFC da ESP/CE, que segundo um de seus tutores, tem sido aperfeiçoado, desde a primeira turma, de acordo com o novas demandas que se apresentam, em um processo vivo e contínuo.

> A gente usa para melhorar sim, como é processual, e a gente tem esse desafio da residência ser interiorizada e descentralizada, então, **a gente acompanha até ao longo desses dois anos e vai fazendo as alterações e mudanças, à medida que a gente vai acompanhando os processos**. Então se você pegar a primeira turma até hoje, houve vários processos de modificação, com base nas mudanças envolvendo gestão, preceptores. (T2).

É perceptível, pela fala, que a residência é também um processo dinâmico, o qual precisa ser aperfeiçoado constantemente, de acordo com as novas demandas dos serviços. Além disso, pelos fato de os locais de atuação serem descentralizados, ocorrendo em diversos municípios do interior do Ceará, o processo de formação em *locus* precisa ser adaptado para as realidades encontradas e para as mudanças de gestão municipal local, que acabam ocorrendo de tempos em tempos.

A partir das necessidades elencadas, a cada nova turma, mudanças vão acompanhando o processo de formação e são incorporadas ao processo de ensino aprendizado, a fim de aperfeiçoar, cada vez mais, a formação profissional, bem como para atender às novas realidades exibidas pelo SUS.

Em relação à avaliação dos residentes, desde o processo de seleção, busca-se profissionais para prepará-los para atuar como cidadãos críticos, dotados de valores políticos e éticos, com o compromisso de contribuir com a reconstrução da sociedade (CEARÁ, 2012). Nesse sentido, a seleção desses profissionais perpassou por mudanças como pode ser descrito pela fala de um dos tutores:

> O próprio perfil do residente selecionado mudou, por que **antes existia a prova prática e a gente já conseguia observar melhor se aquele profissional era mais voltado para o trabalho em equipe, para esse perfil mais necessário para o SUS**. Agora essa etapa já não existe mais. Eu já consigo ver diferenças entre esses residentes novos e os mais antigos. (T1).

Nos primeiros editais para a composição das turmas de residentes, o processo seletivo era composto por duas etapas: A primeira era constituída por prova teórica, objetiva e de múltipla escolha, composta por cinquenta questões, de caráter eliminatório e classificatório; e a segunda consistia em entrevista, análise de currículo e avaliação prática, perfazendo um total de 50% da nota (CEARÁ, 2012).

Os conteúdos da prova teórica estão relacionados ao eixo transversal do módulo e à área de lotação que residente pleiteia. Na análise curricular, são consideradas a experiência acadêmica e de atuação profissional. Já durante a prova prática, são avaliadas competências relativas ao ser, fazer e conhecer do aspirante, a partir de situações encenadas, relacionadas ao cotidiano da área de concentração escolhida (CEARÁ, 2012).

Contudo, no Edital n.º 29/2017 (CEARÁ, 2017), para a seleção dos residentes, a etapa de prova prática não esteve presente no certame, o que pode ter contribuído para a seleção de profissionais com perfis mais diversificados em relação àqueles com maior desenvoltura para atuar na ESF.

Nesse sentido, é importante salientar que, para o desenvolvimento do residente enquanto profissional da saúde, há uma dependência em relação a sua vontade e a seu empenho. Assim, os autores deste estudo corroboram Arruda *et al.,* (2016), ao concluírem que o processo formativo das residências é dependente da inclinação dos próprios sujeitos implicados no processo, havendo aspectos subjetivos, atitudinais e relacionais que devem ser considerados.

Ao longo do processo formativo, os residentes também passam por processos avaliativos, a partir das competências que eles desenvolvem no percurso da RMSFC, assim como referido pelos tutores:

> A **avaliação é processual**, em todos os encontros presenciais a gente conversa com eles e vai fazendo esse acompanhamento pedagógico ao longo do tempo, aí entra a plataforma, o *whattapp*, e a gente tem os **instrumentos de avaliação**, **que eles são avaliados da mesma forma, avaliação por competências**. (T2).

> Tem a **avaliação semestral**, **em que os residentes são avaliados pela preceptoria**. **Existe um instrumento**, além dos momentos dos módulos. A gente tenta melhorar, mas, às vezes, a gente não consegue, não vou mentir. (T1).

Os residentes são avaliados pelos preceptores de acordo com um instrumento próprio. A mais, o processo de avaliação discente se refere às competências desenvolvidas pelos residentes em seus respectivos cenários de práticas, levando em consideração os serviços realizados (atividades práticas e teórico-práticas) e as consideradas macro competências da RMSFC da ESP/CE (CEARÁ, 2013b)

Essas macro competências contemplam os conhecimentos, habilidades e atitudes que são enunciados nos componentes que os residentes devem ser capazes de desenvolver em seus cenários de atuação. A mais, elas devem estar alinhadas ao Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde, descrito por Ceccim e Feurwerker (2004), a saber: Atenção, Gestão, Formação e Participação Social.

A avaliação do residente apresenta condição pedagógica indo além do quadro de aprovação, para um caráter formativo, ocorrendo de forma processual, semestralmente, com pontuações somadas ao desfecho de cada ano letivo (CEARÁ, 2013b).

Nesse sentido, são considerados três parâmetros, cada um com pesos definidos de: assiduidade; desempenho de atividades de aprendizado pelo trabalho (que inclui atividades de núcleo e campo); e desenvolvimento teórico, prático e conceitual. Essas pontuações são sistematizadas a cada semestre (CEARÁ, 2013b).

Na avaliação de desempenho de aprendizado pelo trabalho, inicialmente, os preceptores de campo e núcleo avaliam os elemento presente no instrumento destinado ao processo avaliativo de competências. (CEARÁ, 2013b).

Em um segundo momento ocorre a Devolutiva/Pactuação com residente, em que a preceptoria se reúne individualmente com o discente, e juntos, analisam os elementos presentes no instrumento, a mais, a pontuação é feita a partir de um consenso entre ambos. Nesse sentido, estabelece-se um espaço de diálogo e reflexão, problematizando as dificuldades para o desenvolvimento das competências bem como as estratégias para solucionar as problemáticas elencadas, de modo que esse processo também apresenta caráter formativo (CEARÁ, 2013b).

Em relação ao uso de pesquisas, os residentes utilizam artigos que embasam o ensino-aprendizado durante as rodas de campo e núcleo, em que, por meio da associação dos artigos com as realidades práticas vivenciadas, os residentes realizam discussões que permeiam o processo de aprendizado.

> A gente já pegava ideias, **as rodas disparam muitos artigos e os manuais, e aí incentiva a trabalhar isso**, e a gente vai a cima daquilo que eles disponibilizaram e tenta fazer alguma coisa, mas nem sempre isso ocorre. (Rqm5).

> **Nas rodas sempre são disparados os artigos que a gente deve ler**. Então, a gente tem uma ideia a partir do artigo que a gente leu, discutiu dado pela residência, então a gente utiliza os conhecimentos que **vemos nesses artigos para conhecer a nossa realidade na prática, e é tão importante**. (Rqm2).

A partir do material disponibilizado pelo próprio programa, os residentes discutem e debatem as situações-problema que se apresentam cotidianamente, promovendo um alicerce teórico para as situações vivenciadas na prática.

Para os profissionais residentes, esse aporte teórico é importante para subsidiar as suas práticas, bem como para disparar reflexões e debates em torno dos artigos, relacionando-os com as realidades que se apresentam em seu cotidiano. Isso permite, portanto, realizar a problematização da realidade e buscar, até mesmo, as soluções para os entraves identificados.

Cumpre destacar que os artigos científicos e manuais trabalhados durante as rodas auxiliam e servem de inspiração para a realização das ações em PS, apresentando um papel de aporte teórico para algumas ações desenvolvidas.

Além dos artigos trabalhados nas rodas, os residentes utilizam outras pesquisas científicas e manuais pesquisados por meio da *internet* para auxiliar no desenvolvimento de ações, especialmente quando apresentam dúvidas ou quando precisam de ideias para realizá-las.

> Mas se na segunda tem um grupo e ninguém tem uma ideia para nada, a gente recorre na **busca pelo Ministério da Saúde, até a própria *internet,* artigos, para gerar novas ideias**. Geralmente a gente vai buscar novas fontes e vai dando uma pesquisada. Não é, digamos assim, a primeira escolha, a gente tenta pela nossa bagagem, se não conseguir a gente dá uma pesquisada para ajudar mais. (Rqm4).

As atividades são realizadas também tendo por base o conhecimento prévio dos residentes, sendo que as pesquisas são usadas somente quando consideradas essenciais ou quando existem dúvidas ou dificuldades em relação às ações a serem realizadas.

Além disso, os residentes dizem perceber carências de pesquisas na literatura que embasam suas ações cotidianas, como descritas a seguir:

> É tanto que os nossos **TCR, agora muitos são embasados em trabalhos que a gente fez nos territórios**, por que, quando a gente foi buscar algo de teórico que pudesse contribuir para isso, **a gente viu essa necessidade, a carência**. (Rqm3)

O Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), assim como os demais programas de pós-graduações *lato sensu* regidos pela ESP/CE, é de caráter obrigatório, devendo estar de acordo com a Resolução n° 2/2015, de 16 de março de 2015 da Comissão Nacional de

Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), a qual orienta o seminário de qualificação desses trabalhos (CEARÁ, 2018e).

O TCR deve ser supervisionado por um orientador com título mínimo de mestre e expertise na área do estudo. Tal trabalho deverá apresentar formato de artigo científico podendo ser uma pesquisa de caráter bibliográfico ou de campo. Os temas devem ser voltados às vivências na residência, como forma de contribuir para o desenvolvimento da ênfase na qual o residente atua (CEARÁ, 2013a).

O TCR, portanto, é obrigatório para obtenção da titulação de especialista em Saúde da Família e Comunidade, com prazo de defesa de até seis meses, a partir do último módulo da RMSFC, devendo ser orientado, acompanhado e avaliado pela coordenação do curso. Além do mais, o TCR objetiva sistematizar aprendizados teóricos e práticos, desencadeados a partir de um objeto de estudo, além disso, busca incentivar a pesquisa científica, em articulação com os interesses do SUS (CEARÁ, 2014b).

A mais, destaca-se que estudos apontam para o crescimento de publicações relativas aos programas Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, com produções de teses e dissertações nos programas de pós-graduação *stricto senso*. Contudo, ainda predominam pesquisas relacionadas às Residências Médicas, principalmente por estas estarem consolidadas por mais tempo no país (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013).

Nesse sentido, por meio dos TCR, os residentes contribuem com a comunidade científica e para a divulgação das ações desencadeadas pela RMSFC, fortalecendo a construção do conhecimento, tanto em relação às residências, quanto em relação ao SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RMSF da ESP/CE constitui-se em uma importante proposta de formação profissional, em que, por meio do aprendizado em serviço, se consegue aperfeiçoar as competências profissionais para atuarem diante das necessidades do SUS.

Ao adentrarem nos territórios de atuação, os residentes vivenciam as realidades da APS nos municípios do interior do estado do Ceará e se deparam com constantes dificuldades presentes no cotidiano dos serviços, em especial relacionadas a questões de falta de infraestrutura adequada para o desempenho das ações.

A partir dos dados da pesquisa, foi possível perceber que as novas políticas implementadas pelo governo atual têm afetado o desenho das equipes da APS, sendo possível configurá-las com diversas cargas horárias e com a ausência dos ACS, o que pode comprometer o vínculo e o cuidado tão preconizados pela ESF. Soma-se a isso a inexistência das equipes de NASF que foram recentemente abolidas.

Como tais mudanças podem ser consideradas recentes, ainda não é possível mensurar os impactos que essas modificações poderão gerar nos serviços assistenciais e na qualidade de vida dos trabalhadores em saúde.

Destaca-se ainda que o período de coleta de dados também ocorreu em um momento de transição na ESP/CE, em que ainda estavam sendo ajustados os profissionais remanescentes após a saída de alguns atores da residência dentre os quais é possível citar a Coordenação Geral da RMS. Tais fatores podem ter impactado negativamente na percepção e formação dos residentes em relação ao estudo.

Em relação ao conhecimento, uma das bases essenciais do CompHP, foi identificado que os residentes desconhecem esse referencial, bem como não foram citadas teorias ou correntes epistemológicas que guiam as práticas da residência. Para os preceptores e tutores são trabalhados o desenvolvimento de competências, contudo eles não citam quais são essas competências nem o aporte teórico metodológico utilizado pela RMS da ESP/CE.

Entretanto, várias competências surgiram nos discursos dos docentes e discentes, o que nos faz perceber que, de modo indireto, elas são trabalhadas dentro do contexto formativo. Ademais, ao pontuarem as práticas de PS além das doenças em um contexto de integralidade, traz à tona a percepção de vários conceitos amplamente difundidos pelas cartas de PS.

Além disso, as rodas de campo e núcleo são dispositivos importantes de reflexão e problematização das realidades, sendo usados artigos e outras teorias, o que permite

aprofundar o conhecimento dos residentes. É possível inferir também que o conhecimento se desenvolve a partir da prática nos serviços de saúde.

Como ponto desfavorável, os residentes apontam a carência de apoio por parte dos preceptores, desvelando a necessidade de aperfeiçoamento por estes. Os preceptores também mostraram essa necessidade de mais formação, que em suas percepções existe, mas não contemplam as necessidades de aprimoramento.

Ao buscar compreender as dificuldades relativas à atuação dos preceptores, foi possível inferir que estas apresentam raízes na precariedade de vínculo empregatício, sobrecarga de trabalho e na necessidade de incentivos para o aperfeiçoamento profissional. Vale destacar que a preceptoria de campo da cidade de Quixeramobim foi vista enquanto importante potencialidade do programa, estando nesse cargo há cerca de cinco anos, o que demonstra a importância da vinculação como um fator que contribui para a qualidade do serviço dos preceptores.

Com relação aos valores e princípios éticos, outra base essencial do CompHP, os profissionais desenvolvem as competências desse domínio a partir da problematização das situações vivenciadas no cotidiano prático, além de ser trabalhado o código de deontologia por núcleo profissional.

No domínio capacidade de mudanças, as atividades destacadas foram os grupos e salas de espera que buscam empreender hábitos de vida saudáveis, por meio de estratégias lúdicas e dinâmicas. Contudo, apenas promover hábitos de vida saudáveis não é suficiente, sendo necessário ir além da concepção dos usuários como indivíduos que precisam ser educados, ou seja, é preciso buscar desenvolver indivíduos autônomos, emancipados, com garantias e condições de vida dignas, conseguidas a partir de políticas públicas voltadas as suas reais necessidades.

Vale destacar que muito da disponibilidade dos residentes para realizar tais ações encontra-se no fato de eles não serem responsáveis de forma integral pelos serviços da ESF, o que leva a perceber a necessidade, cada vez maior, de aumentar o número de equipes de saúde.

Para o domínio advocacia em saúde, os residentes orientam os usuários sobre a importância de que eles participem dos Conselhos e Conferências de Saúde, enquanto voz ativa para a reivindicação de melhores condições de vida. Contudo, foi percebida como fragilidade, na residência de Quixadá, a ausência dos Conselhos Locais de saúde na comunidade onde os residentes atuam. Além disso, não foi percebida a atuação dos

profissionais em estimular a participação popular frente aos seus direitos e nem tampouco o interesse deles para a reativação do Conselho Local de Saúde.

No domínio parcerias, o trabalho multiprofissional foi visto como uma marca forte da RMSF, em que se percebeu o quanto os residentes valorizam o trabalho colaborativo, sendo que o fato de trabalhar em equipe fortaleceu o trabalho implementado e a aquisição de novos conhecimentos, facilitando, assim, a integralidade da assistência.

Apesar disso, o trabalho multiprofissional ainda encontra uma série de entraves, como a ausência do envolvimento do médico da unidade; a resistência que exibe o próprio *"*modo de trabalhar das unidades"; e a cultura do usuário em relação aos serviços.

Outro ponto de destaque consiste nas ações intersetoriais que oportunizam aos profissionais o alcance de clientelas que não procuram os serviços da unidade. O trabalho intersetorial não ocorre somente por meio de parcerias para o desenvolvimento de ações, mas também por meio dos estágios de rede que proporcionam ao residente atuar e vivenciar a dinâmica dos diversos equipamentos que compõem a RAS. Além disso, o denominado "Estágio Eletivo" também proporciona que o residente vivencie a realidade de outros serviços de forma mais aprofundada, levando ao desenvolvimento de novas capacidades.

Para a comunicação, os residentes consideram ser essencial conhecer a comunidade e, a partir disso, adequar-se à cultura, à linguagem e à realidade social para que haja o verdadeiro processo comunicativo.

Destaca-se ainda que, no dia a dia de trabalho, a comunicação foi facilitada por meio do uso do *WhatsApp*, contudo, o uso excessivo dessa ferramenta mostrou-se uma dificuldade por parte da tutoria, pois, devido ao seu caráter informal, os profissionais o utilizam em horários fora do trabalho, o que é fator gerador de sobrecarga laboral.

Outro importante fator de comunicação consiste nos ACS, os quais, a partir do elo que exibem junto às comunidades, foram considerados essenciais para a promoção de vínculo dos residentes com os usuários, facilitando o enfrentamento das realidades locais.

Para o domínio liderança, o desenvolvimento dessa competência ocorre por meio do próprio perfil do residente e do incentivo às tomadas de decisão e autonomia frente ao campo de trabalho. É possível perceber que o processo formativo das residências desenvolve habilidades de liderança em que os próprios residentes sentem o seu avanço durante o percurso de formação. Entretanto, em um dos discursos de Quixadá, foram percebidas insatisfações em relação ao desenvolvimento da liderança, sendo relacionadas ao partilhar das tomadas de decisões e à falta de uniformidade nas opiniões dos integrantes da equipe, característica essa bastante relacionada à atuação em equipe.

Para o diagnóstico, os residentes realizam o reconhecimento dos territórios nos quais irão atuar por meio da territorialização, desenvolvida durante as cinco primeiras semanas. É nesse momento que eles passam a reconhecer as necessidades dos usuários, os equipamentos presentes e as potencialidades de fragilidades.

Esse diagnóstico local é realizado conjuntamente à população e atores-chave das localidades, servindo de base para o desenvolvimento de todas as ações efetuadas durante a residência, sendo um ato *continuum*, haja vista que, durante todo o período de atuação, novas demandas vão surgindo.

No que cerne ao planejamento, após a territorialização, os residentes utilizam as informações adquiridas para realizar o planejamento participativo e construção da agenda. Nessa etapa, ocorre a realização de oficinas e rodas de conversa em conjunto à população, seguindo um roteiro sistematizado. Também é construído um fluxograma analisador, no qual as problemáticas identificadas são analisadas e soluções plausíveis são elencadas para possíveis resoluções. Além destes, há um turno semanal no qual é realizado o planejamento e cronograma de todas as ações que serão empreendidas.

Para o domínio implementação, as ações de PS são efetuadas por meio dos atendimentos individuais e compartilhados, salas de espera, grupos de educação em saúde e ações intersetoriais. Nessas ações, existe o compartilhamento de conhecimentos com valorização da sabedoria e da cultura das comunidades, em que a Educação Popular em Saúde é bastante utilizada.

O último domínio presente no CompHP consiste na avaliação e pesquisa. Nele, as ações de PS empreendidas são avaliadas pelos residentes a partir da opinião expressa dos participantes, bem como das demandas que as ações são capazes de gerar. O resultado dessas avaliações subjetivas é incorporado às atividades a fim de melhorá-las.

Diante do exposto, foi possível perceber que, de um lado, a avaliação das ações de forma subjetiva proporciona que os usuários se sintam como protagonistas das ações, e, por outro lado, essa subjetividade acaba não gerando parâmetros fidedignos para a efetividade das ações, podendo ser importante o desenvolvimento de processos avaliativos sistematizados e adequados aos objetivos das atividades empreendidas.

Outra forma que os residentes avaliam suas ações ocorre por meio da construção da SDSS, em que são construídos indicadores em saúde pelos quais os residentes conseguem perceber o impacto de suas ações nos serviços, bem como compreender a situação de saúde da área adstrita à unidade em que atuam.

O desempenho dos residentes também é avaliado por macro competências que apresentam caráter pedagógico e formativo ao passo que o residente e preceptores se reúnem para designar as pontuações em um consenso, possibilitando que ambos os atores identifiquem as dificuldades, falhas e possibilidades de melhorias.

Em relação à pesquisa, o programa de residências disponibiliza diversos manuais e artigos científicos que amparam o desempenho das ações em todo o processo de formação durante as residências. Além desses, os residentes contribuem com a comunidade científica ao desenvolverem os TCR que devem ser pautados nas realidades e nas experiências que o residente vivenciou.

A partir do estudo, foi percebido que as residências cumprem seu papel pedagógico de preparar os residentes para a PS, contudo, as competências a serem desenvolvidas necessitam estar mais claras e fortalecidas para a formação desses atores. Acreditamos que colocar os residentes diante das dificuldades encontradas nos serviços do SUS é essencial para o aprendizado, no sentido de auxiliá-lo a encontrar maneiras de realizar um trabalho pautado na PS, mesmo diante de inúmeros obstáculos.

Além disso, por meio da problematização e da reflexão das realidades encontradas, é possível formar profissionais com um olhar diferenciado, voltado para a ESF, a equidade, o trabalho colaborativo e a integralidade da assistência.

Também foram identificadas diversas experiências formativas entre as residências de Quixadá e Quixeramobim, o que leva a compreender que a formação é codependente do profissional residente, de seu perfil, bagagem e dedicação.

Como sugestões, apontamos a necessidade de maior oferta de capacitação e aprimoramento para a equipe docente além da necessidade de vínculo empregatício e valorização; a inclusão do CompHP como importante referencial para a PS no contexto formativo, bem como para as demais competências a serem desenvolvidas pelos residentes de forma explícita dentro das rodas e formações na ESP/CE; a aplicação de instrumentos sistematizados para a avaliação das ações em PS de acordo com os seus objetivos sendo adaptadas aos públicos-alvo; maior difusão da proposta das residências em saúde em todo o território nacional, haja vista a sua capacidade de formação profissional e transformação das realidades.

Vale salientar que este estudo constituiu-se como apenas um vislumbre de uma realidade tão complexa que incide no cotidiano das RMS e no vasto conceito das CPS. Assinalamos, assim, a necessidade de novas pesquisas sobre o desenvolvimento de

competências no contexto da formação profissional e sobre como os profissionais estão sendo preparados para atuar nos serviços de saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. M. N.; SANTOS, L. T. V.; DIAS, F. I. S.; LOPES, C. R. Sala de situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na Atenção Básica à saúde de Sobral – Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 12, n.2, p.40-46, jun./dez., 2013.

ALLEGGRANTE, J. P.; BARRY, M. M.; AIRHIHENBUAWA, C. O.; AULD, M. E.; COLLINS, C. J. L.; MAGNUSSON, M. L. G.; MCQUEEN, D. V.; MITTELMARK, M. B. Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. **Health Education & Behavior**, [*s. l.*], v. 36, n.3, p. 476-482, june, 2009.

ALMEIDA, A. B.; GARCIA, A. S. T.; SILVA, A. M.; ANDRADE, L. R.; ALVES, N. P.; RABELO, M. H. S.; CHAVES, D. V. M. A influência da liderança no clima organizacional. **Revista Acadêmica Conecta FASF**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, p. 208-220, 2017.

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Family health nurses' teaching practice in the health education development. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-401, 2016.

ANDES. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. **Crise de financiamento das universidades federais e da ciência e tecnologia**: recursos existem, mas vão para o pagamento da dívida pública. Brasília, DF, 2018.

ANDRADE, F. C. de; AMORIM, S. C. de; NATAL, T. B. Clínica comum com ênfase nos grupos. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R.; RODRIGUES, T. de F; DIAS, I. M. A. V. (Org.). **Percursos Interprofissionais:** formação em serviços no programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 275-296.

ARANTES, R. C.; MARTINS, J. L. A.; LIMA, M. F.; ROCHA, R. M. N.; SILVA, R. C.; VILLELA. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev. APS**, [*s. l.*], v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008.

ARAÚJO, E. M. D.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. Usuário, família e comunidade como parte da equipe de saúde na colaboração interprofissional. **SANARE**, Sobral, v.15 n. 2, p.120-128, jun./dez., 2016.

ARAÚJO FILHO, P. A. **'Aos trancos e barrancos' – uma avaliação participativa sobre a formação na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade.** 2017. 216 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde Programa Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

ARNEMANN, C. T.; KRUSE, M. H. L.; GASTALDO, D.; JORGE, A. C. R.; SILVA, A. L. MARGARITES, A. G. F.; PIRES, C. L.; KUPLICH, N. M.; SANTOS, M. T.; CONDESSA, R. L. Preceptor's best practices in a multiprofessional residency: interface with interprofessionality. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1635-46, 2018.

ARRUDA, G. M. **Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde:** estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2015, 284 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

ARRUDA, G. M. M. S.; BARRETO, I. C. H. C.; PONTES, R. J. S.; LAIOLA, F. A. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, dez, 2016.

ARRUDA, G. M. M. S.; BARRETO, I. C. H. C., RIBEIRO, K. G.; FROTA, A. C. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl.1, p. 1309-23, 2018.
BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARR, H. **Interprofessional Education:** the genesis of a global movement. London: Centre for Advancemento Interprofessional Education, jun., 2015.

BARRETO, M. C. R; TULIO, M. A formação em terapia comunitária sistêmica integrativa na residência integrada em saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014, Fortaleza. **Anais [...]**, Fortaleza, 2014.

BATISTA, P. S. S.; VASCONCELOS, E. M.; COSTA, S. F. G. Ethics in educational and health care actions oriented by popular education. **Interface**, Botucatu, v. 18, Supl2, p. 1401-1412, 2014.

BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M.; TAUB, A.; LYSOBY, L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. **IUHPE – Global Health Promotion**, [*s. l.*], v. 16, n. 2, 2009.

BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. Developing competency: based accreditation for health promotion in Europe. **Rev Med**., São Paulo, v. 92, n. 2, p., abr./jun. p. 87-96, 2013.

BECKER, A. P. S.; ROCHA, N. L. Ações de promoção à saúde em sala de espera: contribuições da psicologia **Gerais – Revista Interinstitucional de Psicologia**, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 37 - 50, 2018.

BERKENBROCK-ROSITO, M. M. A estética da pedagogia da esperança: contribuições à formação de professores. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 2, p. 09-26, maio/ago. 2017.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de Promoção da Saúde em busca da reorientação de práticas**. J Hum Growth Dev**. [*s. l.*], v. 26, n. 1, p: 11-16, 2016.

BORTAGARAI, F. M.; PERUZZOLO, D. L.; AMBRÓS, T. M. B.; SOUZA, A. P. R. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 392-400, jun., 2015.

BRASIL. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, Distrito Federal, 1990.

BRASIL, Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992 do CNS. Aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, **Diário Oficial da União**. Brasília, Distrito Federal, 1992.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4/2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial União**. Brasília, Distrito Federal, 9 nov. 2001a.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial União**. Brasília, Distrito Federal, 9 nov. 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5/2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, Distrito Federal, 7 nov. 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002b.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4/2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**. Brasília, Distrito Federal, 2 mar. 2002c.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES nº 3/2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**. Brasília, Distrito Federal, 4 mar. 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 610, de 26 de março de 2000. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, **Diário Oficial União**. Brasília, Distrito Federal, 26 mar. 2002e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, Distrito Federal, 4 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 7/2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física. **Diário Oficial União**. Brasília, Distrito Federal, 31 mar. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil:** cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS:** o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Ministério da saúde, **Diário Oficial União**. Brasília, Distrito Federal, 2005a.

BRASIL. Presidência da República, Lei n° 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de jovens ProJovem: cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. **Diário Oficial da União**, Brasília, Distrito Federal, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial União**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009.

BRASIL. **Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação popular em saúde.** Ministério da Saúde, Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. **Diário Oficial União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de aperfeiçoamento. **Implementação da Política de Promoção da Saúde:** Programa Academia da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Conselho Nacional de Saúde**, 2016a.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2016b.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica,** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 set 2017a.

BRASIL. Lei Nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, 14, jul. 2017b.

BRASIL**. E-Gestor informação da atenção básica**. 2017c. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 103, De 12 de novembro de 2019.** Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil, 2019.

BRASIL, C. C.; OLIVEIRA, P. R. S.; VASCONCELOS, A. P. S. M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de Residência Multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **Sanare**, Sobral, v.16 n. 1, p. 60-66, jan./jun., 2017.

BUSANA, J. A.; HEIDDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-9, abr./jun., 2015.

CÂMARA, A. M. C. S.; CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, G. D.; COSTA, M. V. da; BELINI, M. I. B.; PEDUZZI, M.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. da S.; REEVES, S. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface comunicação, saúde, educação**, [*s. l.*], n. 20; v. 56, p. 9-12, 2016.

CÂMARA, A. M. C. S. **Educação interprofissional no pet-saúde:** cenário para o desenvolvimento de práticas e competências colaborativas na área da saúde. 2015. 176f. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologia em Saúde) – Universidade de Brasília, 2015.

CAPES. **Ofício Circular nº 2/2019-CGPE/DPB/CAPES**. Suspensão do cadastramento de novos bolsistas no País. Brasília, 09 set. 2019.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 15, v. 4, p. 679-84. out-dez, 2006.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de janeiro, v, 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez., 2017.

CARVALHO, A. B.; NEPOMUCENO, L. B. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família potencializando a formação através da formação: uma utopia necessária. **SANARE**, Sobral, v.7, n.2, p.31-37, jul./dez. 2008.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface,** Botucatu, v. 22, supl.1, p.1325-1337, jul. 2018.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Projeto Pedagógico.** Programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade Fortaleza-CE, 2012.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Regimento RIS-ESP/CE.** Fortaleza-CE, 2013a.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. Sistema de Avaliação RIS**: avaliação discente componente desenvolvimento de competências, tutorial.** Fortaleza-CE, 2013b.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital n° 01/2014**. Fortaleza-CE, 2014a.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de pós-graduação lato sensu**. Fortaleza, 2014b.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Centro de Residência em Saúde. **Edital n.º 49/2016**. Escola de Saúde Pública. Fortaleza-CE: 2016.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital n.º 29/2017 Processo Seletivo para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, na Modalidade Multiprofissional e Uniprofissional**. Escola de Saúde Pública. Fortaleza-CE: 2017.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Manual pedagógico território e saúde**. Fortaleza, 2018a.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Tutorial de territorialização turma-V RIS-ESP/CE**: território e territorialização. Residência Integrada em Saúde do Ceará. Fortaleza, 2018b.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Manual do módulo colaboração interprofissional e processo de trabalho em saúde**. Residência Integrada em Saúde do Ceará. Fortaleza, 2018c.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Tutorial de atividade produto sala de situação em saúde**. Fortaleza, 2018d.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Módulo integrado construção do conhecimento**. Fortaleza, 2018e.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, n. 9, v. 16, p.161-77, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** [*s. l.*], v.10, n.4, p.975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em Sade. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da Residência Multiprofissional. **Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 01, p. 211-224, jan./mar., 2015.

CHAVES, V. L. J.; AMARAL, N. C. **Políticas de financiamento da educação superior num contexto de crise**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2017.

CHIESA, A. M.; NASCIMENTO, D. D. G. do.; BRACCIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. C. de.; CIAMPONE, M. H. T. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **CogitareEnfermagem**, Paraná, v. 12, n. 2, abr./jun., p. 236-240, 2007.

COSTA, D. W.; PARREIRA, B. D. M.; BORGES, F. A.; TAVARES, D. M. S.; CHAVES, L. D. P.; GOULART, B. F. Educação em Saúde e Empoderamento do usuário da Estratégia

Saúde da Família. **Rev enferm UFPE**., Recife, v. 10, n.1, p. 96-102, jan., 2016. Disponível em: esearchgate.net/publication/312038908_EDUCACAO_EM_SAUDE_E_EMPODERAMENTO_DO_USUARIO_DA_ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA/link/586ba30608aebf17d3a5a148/download. Acesso em: 03 de nov. 2019.

COSTA, M. V. da; VILAR, M. J.; AZEVEDO, G. D. de; REEVENS, S. interprofessional education as an approach for reforming health profession seducation in Brazil: emerging findings. **J InterprofCare**, [*s. l.*], v. 28, n. 4, p. 379–380, 2014.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [*s. l.*], v. 20, n. 56, p.197-8, 2016.

CUERVO, M. R. M.; RADKE, M. B.; RIEGEL, E. M. PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface**, Botucatu, supl. 19, p. 953-63, 2015.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R.B. Healthcare residency: what has been produced in theses and dissertations? **Interface**, Botucatu, v.17, n.47, p.759-76, out./dez. 2013.

DEMPSEY, C.; BARRY, M. M.; BATTEL-KIRK, B.; ALLEGRANTE, J. P.; ARROYO, H. V. A.; HYNDMAN, B.; MCQUEEN, D. V; ONYA, H.; RANCE, H.; RAO, M.; SHILTON, T.; TAUB, A. **TheCompHP Core Competences Framework for Health Promotion Handbook**. Paris: IUPES, 2011.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], n. 18, v. 6, p. 1613-1624, 2013.

DIAS, I. K. R.; TEIXEIRA, O. F. B.; TEODORO, I. P. P.; MAIA, E. R.; LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S. Perspectivas de docentes de enfermagem dos domínios do core competencies framework for health promotion. **Cogitare Enferm**., [*s. l.*], v. 23, n. 2, 2018.

DIAS, I. M. A. V.; PEREIRA, A. K.; BATISTA, S. H. S. S.; CASANOVA, I. A. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-267, out-dez, 2016.

DIAS, S.; GAMA, A. Ensino da Promoção da Saúde em pós-graduação em saúde pública internacional no contexto do processo de Bolonha. **Saúde Soc**., São Paulo, v.25, n.3, p.771-785, 2016.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p.1221-32, 2015.

EVANGELISTA, S. C.; MACHADO, L. D. TAMBORIL, A. C. R.; MOREIRA, M. R. C.; VIANA, M. C. A.; MACHADO, M. de F. A. S. Percurso das ações de Promoção da Saúde na Residência Multiprofissional: análise à luz de um referencial europeu **Tempus, actas de saudecolet**, Brasília, n. 4, v. 10, p. 69-82, dez. 2016.

FAGUNDES, C. D. P. F.; BRAUM, A. C. O desafio do enfermeiro frente à liderança compartilhada e colaborativa. DESENVOLVE: **Revista de Gestão do Unilasalle**, Canoas, v. 6, n. 2, 2017.

FARAH, B. F.; DUTRA, H. S.; SANHUDO, N. F.; COSTA, L. M. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Rev Cuid**, [*s. l.*], v. 8, n. 2, p. 1638-55, 2017.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2018.

FERNANDES, H. N.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; AMESTOY, S. C.; JACONDINO, B. M.; RODRIGUES, M. S. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de Saúde da Família. **J. res.: fundam. care.**, [*s. l.*], v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan/mar., 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/ 5057 50945016.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

FERREIRA, M. J. M.; RIBEIRO, K. G.; ALMEIDA, M. M.; SOUSA, M. S.; RIBEIRO, M. T. A. M.; MACHADO, M. M. T.; KERR, L. R. F. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**, Botucatu, v. 23, supl. 1, 2019.

FERREIRA, M. J. M.; RIGOTTO, R. M. Percepção sobre o trabalho do agronegócio na região do Baixo Jaguaribe: com a palavra, os trabalhadores. In: XIXX ENCONTROS UNIVERSITÁRIO /UFC, 2010, Fortaleza. **Anais...** Editora UFC, 2010.

FERREIRA, M. J. M.; RIGOTTO, R. M. Contribuições epistemológicas/metodológicas para o fortalecimento de uma (cons)ciência emancipadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 19, n.10, p. 4103-4111, 2014.

FERRETI, F.; FERRAZ, L.; KLEBA, M. E.; BOCCALON, B.; AMORIM, D. C.; COMERLAT, T, D. Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 51-67, set, 2016.

FEUERWERKER, L. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.18, p.489-506, 2005.

FIGUEIRA, A. B.; BARLEM, E. L. D.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; DALMOLIN, G. L.; AMARIJO, C. L.; FERREIRA, A. G. Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. **RevEscEnferm USP**, [*s. l.*], v. 52, 2018.

FIGUEIREDO, I. D. T.; TORRES, G. M. C.; CÂNDIDO, J. A. B.; MORAIS, A. P. P.; PINTO, A. G. A.; ALMEIDA, M. I. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **REFACS**, [*s. l.*], v. 8; n. 1, jan/mar, 2020. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4454/pdf. Acesso em: 05 out. 2020.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v,18, n. 10, p. 3033-3042, 2013.

FIOCRUZ. **Caderno do especializando**. Brasília, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2005.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro., v. 33, n. 83, set-dez, p. 380-389, 2009.

FORTES, P. A. C. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 24, supl.1, p.152-161, 2015.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E.; Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-74, jul./ago., 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, C. M.; VÂNIA, R.; SILVA, E. L.; ALPINO, T. M. A.; SILVA, M. A.; MAZOTO, M. L. Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, [*s. l.*], v. 23, n. 6, jun., 2018.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n.2, p.277-289, 2016.

GADELHA, A. K. S.; BARRETO, I. C. H. C. Integrated residency in health: perception of the players with emphasis on family and community health. **Interface**, Botucatu, n. 22, Sup. 1, p.1339-51, 2018.

GANDRA E. C.; SILVA, K. L. Advocacia para a promoção da saúde: sentidos e abordagens na formação do enfermeiro. **REME – Rev Min Enferm**., [*s. l.*], v. 23, s.n. 2019.

GARRAFA, V.; CUNHA, T. R.; MANCHOLA-CASTILLO, C. Ensino da ética global: uma proposta teórica a partir da Bioética de Intervenção. **Interface**, Botucatu, v. 24, 2020.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber, 2005.

GERMANI, A. C. C. G.; AITH, F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.

HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr-jun; v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. B.; DALMOLIN, I. S.; RUMOR, P. C. F.; CYPRIANO, C. C.; COSTA, M. F. B. N. A.; DURAND, M. K. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017.

HERMIDA, P; M. V.; HEIDMANN, M. F. B. N.; COSTA, M. F. B. N. A.; MARÇAL, C. C.; B.; BECKER, R. M.; RUMOR, P. C. F. Registro e avaliação das práticas de Promoção da Saúde nos grupos da atenção primária. **Rev enferm UFPE.,** Recife, v. 10, n. 12, p. 4581 -90, dez., 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326561201. Acesso em: 01 dez. 2019.

HOEFEL, M. G. L.; SEVERO, D. O.; PORDEUS, A. R. Reforma trabalhista no Brasil e a saúde do trabalhador: uma ponte para o século XIX. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 59-71, dez, 2018.

HORTALE, V. A.; DIAS, M. S. A.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Construção teórico-metodológica e aprendizados com a experiência no mestrado profissional em Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 11-23, 2015.

HYNDMAN, B. Toward the development of skillsbased health promotion competencies: the Canadian experience. **Global Health Promotion**, London, v. 16, n. 2, p. 51-55, 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. **[online].** Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixada/panorama. Acesso em: 21 set. 2019.

KOIFMAN, L.; HENRIQUES, R. L. M. A experiência da pesquisa ensina SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, [*s. l.*], n. 5, v. 1, p. 161-172, 2007.

LEANDRO, T, A.; ALVES, A. M.; PINHEIRO, A. K. B.; ARAÚJO, T. L.; QUIRINO, G. S.; OLIVEIRA, D. R. Competências do enfermeiro para promoção da saúde de idosos no domicílio. **Rev Bras Enferm**., [*s. l.*], v. 72, Suppl. 2, p. 326-33, 2019.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 16, v. 11, p. 4415-4423, 2011.

LIMA, V. V.; Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, [*s. l.*] v. 9, n.17, p. 369-79, mar/ago 2005.

LINO, M. M.; MARTINI, J. G.; REIBNITZ, K. S.; LINO, M. M.; BACKES, V. M. S. Educação problematizadora em um espaço corporativo: possibilidades desenvolvidas por uma equipe de saúde e segurança do trabalho. **Texto Contexto Enferm**, [*s. l.*] v. 26, n. 3, 2017.

LISBOA, E. A.; SODRÉ, F. ARAÚJO, M. D.; QUINTANILHA, B. C.; LUIZ, S. G. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1 4 n. 3, p. 679-698, set./dez. 2016.

LOBATO, L. V. C.; COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 5-14, jan/mar, 2019.

LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S.; BARROSO, L. M. M.; MACÊDO, E. M. T.; COSTA, R. P.; FURTADO, L. C. S. Promoção da Saúde na percepção de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 60-70, jan./mar. 2013.

MACEDO, L. C.; LAROCCA, L; M.; CHAVES, M. M. N.; MAZZA, V. A. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, [*s. l.*], v.12, n.26, p.649-57, jul./set. 2008.

MACHADO, M. H.; NETO, F. R. G, X. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MACLNTOSHA, J.; MCCORMACKB, D. Partnerships identified within primary healthcare literature. **International Journal of Nursing Studies**, [*s. l.*], n. 38, p. 547–555, 2001.

MADRUGA, L. M. de; RIBEIRO, K. S. Q. S.; FREITAS, C. H. S. de M. F.; PEREZ, I. de A. B.; PESSOA, T. R. R. F.; BRITO, G. E. G. de. The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives. **Interface**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p.805-16, 2015.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C.; JAIME, P. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 23; v. 6, p. 1799-1809, 2018.

MANFRED, A. L. D.; VARELA, F. M.; PADOIM, G. A. A.; SALAMON, V. G. F.; CASTRO, T. C. Reconhecimento dos espaços de atuação do assistente social. **Revista Maiêutica**, Indaial, v. 3, n. 1, p. 105-110, 2018.

MARQUES, C. M. S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Rev Esc Enferm USP**., [*s. l.*], v. 45, n. 1, p. 187-9, 2011.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos conselhos locais de atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Rev. de APS**, [*s. l.*], v. 13, n. 4, nov. 2010.

MENESES, J. R.; CECCIM, R. B.; MARTINS, G. C.; MEIRA, I. F. F.; SILVA, V. M. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES. J; R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O. (Orgs). **Formação de formadores para residências em saúde**: corpo docente-assistencial em experiência viva. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, 212p.

MENESES, L. B. A.; LEITE, V. S.; PEREIRA, A. J.; ROCHA, R. C. S.; FERNANDES, M. C. V. Vivendo a formação de preceptores e tutores: uma experiência refletida. In: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES. J; R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O (Orgs). **Formação de formadores para residências em saúde**: corpo docente-assistencial em experiência viva. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, 212 p.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, v. especial 6, p. 70-83, dez. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde.14. ed. São Pulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A. S.; MOREIRA, A. E. M. M; CAVALCANTI, C. G. C. S.; BEZERRA, F. M.; OLIVEIRA, J. C.; REZENDE, R. Practical discourses about events, decisions processes and effects of Health municipal conferences in Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 559-71, 2016.

MIRANDA NETO, M. V. de. **Limites e potencialidades da Residência Multiprofissional em saúde para a educação interprofissional**. 2015. 204f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde Soc**., São Paulo, v.26, n. 2, p.411-423, 2017.

MORAES, M. C. L. Promoção da saúde: visitando conceitos e ideias. **REFACS**. [*s. l.*], v. 5, n.1, p. 75 -79, 2017.

MOREIRA, A. M. R.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. **Rev. Sobecc.**, São Paulo., v. 24, n. 2, abr./jun., p. 99-106, 2019.

MOROMIZATO, M. S.; FERREIRA, D. B. B.; SOUZA, L. S. M.; LEITE, R. F.; MACEDO, F. N.; PIMENTEL, D. O uso de internet e redes sociais e a relação com indícios de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**., [*s. l.*], v. 41, n. 4, p. 497-504, 2017.

MOTTA, D. N.; TORRES, R. A. M.; GUIMARÃES, J. M. X.; MARINHO, M. N. A. S. B.; ARAÚJO, A. F. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **J. Health Inform.**, [*s. l.*], v. 10, n. 2, p. 45-9, abr./jun., 2018.

NASCIMENTO, A. B.; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde. Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 861-871, 2017.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NETTO, L.; SILVA, K. L. Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a Promoção da Saúde na formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, [*s. l.*], v. 52, 2018.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Desenvolvimento de competências para Promoção da Saúde e mudança no modelo assistencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 2-7, abr./jun., 2016.

NEW ZEALAND. Ministry of Health**. Health promotion forum:** report to MOH review and future of health promotion competencies. ManatuHauora, 2004.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm**., [*s. l.*], v. 20, n. 3, p. 636-640: Jul/set, 2015.

OLINDA, Q. B. L.; SILVA, C. A. B. da. Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde e as políticas sociais. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 2, p.65-67, maio, 2007.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev Bras Enferm**, [*s. l.*], v. 65, n. 3, p. 401-5. maio-jun., 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento:** as formas do discurso. 5. ed. São Paulo: Pontes, 1997.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso:** princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

OTTAWA. Carta de Ottawa. In: 1ª CONFERÊNCIAINTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, Canadá, 1986. **Anais [...]** Canadá. 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 30 ago. 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 23, v. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lacent**. Series Health in Brazil. [*s. l.*] v. 377, p. 1778-1797, maio, 2011.

PARENTE, J. R. F. Planejamento participativo em saúde. **SANARE**, Sobral, v. 10, n.1, p. 54-61, jan./jun., 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M.; AGRELLI, H. F.; Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-34. 2018.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e prática colaborativa. In: KURCGANT, Paulina. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPIRIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J. S.; NAOMARDE, A. **Saúde Coletiva:** teoria e prática, 1. ed. Medbook: 2014. É 2014 E NÃO 2013

PEREIRA, M. A. D.; LIMA, B. C. DONNINI, D. A.; OLIVEIRA, V. C.; GONTOJO, T. L.; RENNO, H. M. S. Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria, v. 9, e32, p. 1-18, 2019.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

PETIÇÃO PÚBLICA. Contra a destituição de Amanda Cavalcante Frota do cargo de coordenadoria geral da residência integrada em saúde da escola de saúde pública do Ceará. 2018. Disponível em: https://peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR105370. Acesso em 12 ago. 2019.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; SANTOS, M. R. dos; FRANÇA, T.; GARCIA, A. C. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.18; v. 4, p. 685-704, 2008.

PINHEIRO, D. G. M.; SCABAR, T. G.; MAEDA, S. T.; FRACOLLI, L. A.; PELICIONI, M. C. F.; CHIESA, A. M. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n.1, p.180-188, 2015.

PINTO, L. P.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PITANO, S. C.; Educação problematizadora de Paulo Freire, uma pedagogia do sujeito social. **Inter-Ação**, Goiânia, v. 42, n. 1, p. 87-104, jan./abr. 2017.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, 1535-47, 2018.

RAIMONDI, G. A. PAULINO, D. B.; MENDES NETO, J. P.; DINIZ, L. F.; ROSA, G. F. C.; LIMIRIO JUNIOR, V.; OLIVEIRA, L. N.; LEONARDI, L. C. B. Intersetorialidade e educação popular em saúde: no SUS com as escolas e nas escolas com o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, Minas Gerais., v. 42, n. 2, p. 73-78, 2018.

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: BARR, H. (editor). **Interprofessional teamwork for health and social care**. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

REGO, L. S.; FIGUEIREDO, G. O.; ROMANO, V. F.; BAIÃO, M. R.; As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma clínica da família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019.

RODRIGUES, L. P.; NICODEMOS, F. T.; ESCOURA, C.; LOPES, P. F. G.; FERREIRA, M. A.; SANTOS, A. S. Sala de espera: espaço para educação em saúde. **REFACS**, v. 6, n. 3, p. 500-507, 2018.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em saúde e pós-graduação *latu sensu* no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, [*s. l.*], n.7, v.3, p. 479-98, 2010.

SALAZAR, L. M. de. **Reflexiones y posiciones alrededor de laevaluación de intervenciones Complejas.** Santiago de Cali. Programa Editorial Universidaddel Valle, 2011.

SALES, J. C. S.; BRANCO, C. O. C.; REIS, J. F.; MENDES, P. N.; SILVA JUNIOR, F. J. G.; VELLE, A. R. M. C. Núcleo de apoio à Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros. **Escola Anna Nery**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, 2020.

SANTOS, M. O Retorno do Território. *In:* SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. **Território:** Globalização e Fragmentação. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 15-20.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v.23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set., 2017.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e prática da Promoção da Saúde na estratégia Saúde da Família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **RevBrasMedFam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-63, jul./set., 2013.

SELLERA, P. E.; BRITO, C. B. M.; JOVANOVIC, M. B.; RODRIGUES, S. O.; OLIVEIRA, C. F. D. S.; SANTOS, S. O.; MORAES, L. F. S. A implantação do sistema de monitoramento e avaliação da secretaria estadual de saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 24, v. 6, p. 2085-2094, 2019.

SHILTON, T.; HOWAT, P.; JAMES, R.; LOWER, T. Health Promotion Development and Health promotion Workforce Competency in Australia. **Health Promotion Journal of Australia**, Austrália, v. 12, n. 2, 2001.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. orgs. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 15-39, 2005.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out./dez., 2016.

SILVA, K. L.; ARAÚJO, F. L.; SANTOS, F. B. O.; ANDRADE, A. M.; BASILIO, N. C.; SENA, R. R. O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro? **ABCS Health Sci**., Minas Gerais, v. 40, n. 3, p. 286-293, 2015a.

SILVA, J. C.; CONTIM, D.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. B.; AMARAL, E. M. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de Residência Multiprofissional. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-138, mar./abr. 2015b.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C.; LEONELLO, V. M. Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, [*s. l.*], v. 49, esp2, p.16-24, 2015c.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em saúde alguns aspectos da trajetória histórica. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.

SILVA, K. L.; BARCELOS, B. J.; FRANÇA, B. D.; ARAÚJO, F. L.; MAGALHÃES NETA, I. T.; LEDO, M. M. Entre experimentações e experiências: desafios para o ensino das competências para a Promoção da Saúde na formação do enfermeiro. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1209-20, 2018a.

SILVA, K. V. L. G.; GONÇALVES, G. A. A.; SANTOS, S. B.; MACHADO, M. F. A. S.; REBOUÇAS, C. B. A.; SILVA, V. M.; XIMENES, L. B. Formação de adolescentes multiplicadores na perspectiva das competências da promoção da saúde. **RevBrasEnferm**., [*s. l.*], v. 71, n. 1, p. 98-105, 2018b.

SILVA, C. S.; MENDONÇA M. H. M.; MATTA, G. C; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L.; Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 452-456, set., 2018c.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; GRILLO, M. J. C.; HORTA, N. de C. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 368-376, abr./jun.; 2010.

SILVA. L.; SENAL, R. R.; GRILLO, M. J. C.; HORTA, N. C.; COELHO, P. M. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91, jan./fev. 2009.

SOBRAL, I. L. L.; MACHADO, L. D. S.; GOMES, S. H. P.; PEQUENO, A. M. C.; NUTO, S. de A. S.; MACHADO, M. de F. A. S. Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde. **RevBrasPromoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-7, abr./jun., 2018.

SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.; BAHIA, L.; GUIMARÃES, R.; ALMEIDA-FILHO, N.; MACHADO, C. V.; CAMPOS, G. W.; SILVA, G. A. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 24, v. 8, p.2783-2792, 2019.

SPELLER, V.; SMITH, B. J.; LYSOBY, L. Development and utilization of professional standards in health education and promotion: US and UK experiences. **Global Health Promotion**, London, v. 16, n. 2, p. 32-41, 2009.

SPELLER, V., PARISH, R., DAVISON, H., ZILNYK, A. **The CompHP Professional Standards for Health Promotion Handbook**, IUHPE, Paris, 2012.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L.; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. A Promoção da Saúde no ensino profissional: desafios na saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 21, v. 6, p.1, 799 1808, 2016.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; PAIXÃO, E. S.; CARMO, E. H.; BARRETO, F. R.; PENNA, G. O. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], n. 23, v. 6, p. 1819-1828, 2018.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde**. Texto contexto - enferm**. [*s. l.*], v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TORRES, G. M. C.; FIGUEIREDO, I. D. T.; CÂNDIDO, J. A. B.; PINTO, A. G. A.; MORAIS, A. P. P.; ARAÚJO, A. F. M.; ALMEIDA, M. I. **Rev Gaúcha Enferm.**, [*s. l.*], v. 38, n. 4, 2017.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy**. Interface - Comunic., Saúde, Educ**., [*s. l.*], v.11, n.22, p. 223-38, mai/ago 2007.

TUSSET, D.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R. Análise das competências em Promoção da Saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o programa saúde na escola no Distrito Federal. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 189-204., mar, 2015.

VARGAS, F. M. A.; TRINDADE, M. C. N.; GOUVEIA, G. D. A.; FARIAS M. R. A Educação a distância na qualificação de profissionais para o sistema único de saúde: Meta-estudo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 849-870, set./dez. 2016.

VASCONCELOS, A. P. S. M.; OLIVEIRA, D. M. S.; LIMA, F. L. T. Prelúdio Nós, tutores e preceptores em programas de residência em saúde. In: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES. J; R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O (Orgs). **Formação de formadores para residências em saúde**: corpo docente-assistencial em experiência viva. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, 212.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**,Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina a partir da política nacional de promoção da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23 supl.1. Botucatu, jan, 2019.

VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. Hermenêutica de profundidade na pesquisa social. **Ciências Sociais Unisinos**, [*s. l.*], n. 42, v. 2, p. 85-93, maio/ago., 2006.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde:** que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016.

WHO. **Nairobi Call To Action**. World Health Organization. Nairobi, Kenya, 26-30, 2009.

WHO. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Acesso em: 29 ago. 2018.

WHO. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde.** World Conferenceon Social Determinantes of Health, Rio de Janeiro, out. 2011.

XAVIER, S. P. L.; PEREIRA, A. P.; MOREIRA, M. R. C.; MARTINS, A. K. L.; FERREIRA, H. S.; MACHADO, M. F. A. S. Competências em promoção à saúde à luz do projeto competencies health promotion (comphp): uma revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, [*s. l.*], v. 18, n.1, jan-mar, 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Tradução Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 261p.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZAPATKA, S. A.; CONELIUS, J.; EDWARDS, J.; MEYER, E.; BRIENZA, R. Pioneerina primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship. **J Nurse Pract.**, Rockville Pike, v. 10, n. 6, p. 378-86, jun. 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (RESIDENTES)

Município de atuação:_____
Código da Entrevista: _____
Início: _____
Término: _____

1 Dados de Identificação:

1.1 Idade:_____

1.2 Sexo:_____

1.3 Profissão: _____

1.4 Ano de Graduação:_____

1.5 Experiências Anteriores no SUS:_____

_____

_____

1.6 Nível de Instrução:

( ) Outra Graduação? Qual(is)?_____

( ) Outras pós-graduações *latu sensu?* Qual(is)?_____

( ) Mestrado, tipo e área?_____

( ) Doutorado, tipo e área?_____

2 Questões Norteadoras:

2.1 Quais as competências em Promoção da Saúde você considera necessárias para a atuação na ESF?

2.2 Como os referenciais teóricos em Promoção da Saúde foram abordados durante a residência? Como esses referenciais contemplaram as competências em promoção da saúde?

2.3 Quais são os valores e princípios éticos que você considera importantes para a prática da promoção da saúde? Por quê?

2.4 Como as ações em promoção da saúde, realizadas durante a residência, são capazes de desenvolver habilidades pessoais para melhorar a saúde dos usuários?

2.5 Como, por meio das ações de Promoção da Saúde que você executa, consegue sensibilizar e influenciar as comunidades a reivindicarem melhorias nas condições de

saúde?

2.6 Como estar inserido em uma equipe multiprofissional favorece a implementação das atividades de promoção da saúde? Como as ações em promoção da saúde, em parceria com outros setores, são importantes para as ações em promoção da saúde?

2.7 Como você utiliza técnicas e meios de comunicação para grupos e contextos específicos? Como são utilizadas tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações sobre a promoção da saúde? Como isso ocorre?

2.8 Como você desenvolve habilidades de liderança nas ações em Promoção da Saúde que facilitem o empoderamento e a participação em relação a sua equipe de trabalho?

2.9 Como você identifica as necessidades em saúde, as potencialidades e estabelece as prioridades para as ações em promoção da saúde?

2.10 Como você planeja as ações em promoção da saúde? Como estabelece metas e objetivos?

2.11 Como as ações em Promoção da Saúde são implementadas?

2.12 Como você realiza a avaliação das ações em promoção da saúde? Como você utiliza os resultados dessas avaliações para melhorar as ações de promoção da saúde?

2.13 Como você utiliza pesquisas e estratégias baseadas em evidências para apoiar as práticas em promoção da saúde?

Questões que não estão contempladas no roteiro e que o entrevistado(a) gostaria de expor.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (PRECEPTORES/TUTORES)

Município de atuação: _____
Código da Entrevista: _____
Início: _____
Término: _____

1. Dados de Identificação:

1.1 Idade:____

1.2 Sexo: _____

1.3 Profissão: _____

1.4 Carga horária dedicada a RIS:_____

1.5 Função na Residência:_____

1.6 Experiências Anteriores no SUS _____

_____

1.7 Tempo de atuação na residência?_____

1.8 Nível de Instrução:

( ) Apenas graduação

( ) Outra graduação? Qual?_____

( ) Outras pós-graduações *latu sensu?* Qual?_____

( ) Mestrado, tipo e área?_____

( ) Doutorado, tipo e área?_____

2. Questões Norteadoras

2.1 O que você compreende como competências em promoção da saúde? Quais delas você considera importante que os residentes desenvolvam?

2.2 Durante a sua atuação na residência, você participou de algum processo de aperfeiçoamento para exercer sua função enquanto preceptor/tutor? Se sim, algum desses contemplou as competências em promoção da saúde? De que forma isso ocorreu?

2.3 Como vocês trabalham o desenvolvimento de valores e princípios éticos para a Promoção da Saúde junto aos residentes?

2.4 Como você utiliza os referenciais teórico em Promoção da Saúde para o auxílio nas atividades teórico-práticas dos residentes? Como esses referenciais abordam as competências em promoção da saúde?

2.5 Como você trabalha, junto aos residentes, o desenvolvimento de ações de promoção que sejam capazes de fortalecer indivíduos para melhorar da saúde?

2.6 Como você trabalha, junto aos residentes, as ações em promoção da saúde, que sejam capazes de sensibilizar e influenciar as comunidades a reivindicarem por melhorias nas condições de saúde?

2.7 Como você favorece o trabalho multiprofissional dos residentes em relação à implementação das atividades de promoção da saúde? Como você auxilia nas parcerias intersetoriais?

2.8 Como você facilita a utilização de técnicas e meios de comunicação culturalmente adequadas, para os grupos e contextos específicos, nas ações em promoção da saúde? Como são utilizadas tecnologias de informações e outras mídias para receber e disseminar informações em promoção da saúde?

2.9 Enquanto preceptor/tutor como você busca desenvolver habilidade de liderança nas ações em Promoção da Saúde junto aos residentes?

2.10 Como você trabalha, junto aos residentes, ações de diagnóstico das necessidades e prioridades para a realização das ações de promoção da saúde?

2.11 Como você trabalha junto aos residentes, o planejamento das ações em promoção da saúde? Como são estabelecidas metas e objetivos?

2.12 Como você trabalha, junto aos residentes, a implementação das ações em promoção da saúde?

2.13 Como você, junto aos residentes, desenvolve a avaliação das ações em promoção? Como os resultados dessas avaliações são usados para melhorar as ações de promoção da saúde?

Questões que não estão contempladas no roteiro e que o entrevistado(a) gostaria de expor.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (COORDENAÇÃO)

Código da Entrevista: _____
Início: _____
Término: _____

1. Dados de Identificação:

1.1 Idade:____

1.2 Sexo: _____

1.3 Profissão: _____

1.4 Carga horária dedicada a RIS:_____

1.5 Função na residência:_____

1.6 Experiências anteriores no SUS _____

_____

1.7 Tempo de atuação na residência?_____

1.8 Nível de Instrução:

( ) Apenas graduação

( ) Outra graduação? Qual?_____

( ) Outras pós-graduações *latu sensu*? Qual?_____

( ) Mestrado, tipo e área?_____

( ) Doutorado, tipo e área?_____

2. Questões Norteadoras

2.1 Como é abordada a temática da Promoção da Saúde no processo formativo dos residentes?

2.2 O que você compreende como competências em promoção da saúde? Quais delas você considera importante que os residentes desenvolvam?

2.3 Quais são os referenciais teóricos sobre a Promoção da Saúde que são usados durante a formação dos residentes? Dentro desses referenciais, quais abordam as competências em promoção da saúde?

2.4 Quais são as características do projeto político pedagógico que contemplam a formação dos residentes em promoção da saúde?

2.5 Quais metodologias são utilizadas para o ensino da Promoção da Saúde no

contexto das residências?

2.6 No contexto da residência, como são utilizadas tecnologias de informações e outras mídias para receber e disseminar informações em promoção da saúde?

2.7 Quais são os fatores institucionais e educacionais que favorecem e dificultam o desenvolvimento das competências em Promoção da Saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

2.8 Durante a formação dos residentes, como é trabalhado o desenvolvimento de valores e princípios éticos importantes para a prática da promoção da saúde?

2.9 Quais os avanços que a residência tem proporcionado em relação à efetivação das ações em Promoção da Saúde nos municípios?

2.10 Como ocorre a avaliação dos residentes em relação às ações em promoção da saúde?

2.11 Quais os principais desafios a serem superados para o desenvolvimento das ações em Promoção da Saúde nos cenários de prática das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família?

2.12 Como é abordada a temática da Promoção da Saúde com demais profissionais formadores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

2.13 Quais as características da organização dos serviços de saúde onde os residentes estão inseridos que auxiliam no desenvolvimento de competências em Promoção da Saúde nos residentes? Quais dificultam?

Questões que não estão contempladas no roteiro e que o entrevistado(a) gostaria de expor.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA O DIRECIONAMENTO DOS GRUPOS FOCAIS

1. Como a Promoção da Saúde se insere no processo formativo do ensino-aprendizagem no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade?
2. Quais os conceitos de Promoção da Saúde são trabalhados durante o processo formativo no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família?
3. Quais as competências em Promoção da Saúde são desenvolvidas nos profissionais residentes do Programa de Residência?
4. Quais são as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas durante a formação enquanto residentes?
5. Como os preceptores e tutores fomentam os conhecimentos e práticas de Promoção da Saúde em sua equipe?
6. Quais as potencialidades e desafios para a efetivação das ações de Promoção da Saúde nos serviços em que os residentes atuam?
7. Quais as relações existentes entre ensino e serviço que orientam a prática das ações de Promoção da Saúde?
8. Quais as características da organização dos serviços de saúde, que auxiliam no desenvolvimento de competências em Promoção da Saúde nos residentes? Quais dificultam?
9. Quais os avanços que a residência tem proporcionado em relação à efetivação das ações em Promoção da Saúde nos municípios? Essas ações conseguem impactar o cotidiano dos serviços? Essas ações conseguem sensibilizar os demais profissionais do território de forma que essas ações permaneçam mesmo após a saída dos residentes dos serviços?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PRECEPTORES, TUTORES E COORDENADOR

Você está sendo convidado por Jéssica Pinheiro Carnaúba a participar da pesquisa intitulada "COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA".

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Informamos que, caso aceite colaborar, pediremos que responda algumas perguntas em uma entrevistas sobre sua atuação profissional no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Será aplicado um formulário semiestruturado composto por duas partes: 1. Dados de identificação (8 questões); e 2. Questões Norteadoras (13 questões). As entrevistas serão gravadas em áudio eletrônico, com duração de cerca de 20 minutos, nas quais serão abordadas as temáticas das Competências em Promoção da Saúde na formação profissional da Residência Multiprofissional. As gravações após serem transcritas e analisadas serão descartadas. Entretanto o(a) senhor(a) poderá correr o risco de se sentir desconfortável ao responder algumas das perguntas, mas garantimos que todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Para responder a entrevista e reduzir quaisquer desconfortos, o risco será mínimo, visto que a pesquisa será realizada em uma sala reservada para esse fim, com privacidade, bem como as questões não abordarão questionamentos íntimos ou que exijam esforço, os riscos incluem possíveis constragimentos durante as perguntas e desconforto por conta do tempo necessário para participar. Será feito todo o esforço possível para que nada aconteça que seja desagradável ou constrangedor para o(a) senhor(a). Caso o(a) senhor(a) sinta algum desconforto durante a entrevista ou se mudar de ideia por outros motivos, fique à vontade para desistir de participar.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido o (a) Sr. (a), mediante a sua autorização, a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e de espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; e a sua identidade será mantida em sigilo.

Os dados obtidos serão utilizados apenas para a realização desta pesquisa e serão

apresentados Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, em publicações científicas ou em congressos, respeitando sempre o caráter confidencial da sua identidade.

Informo, ainda, que: você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar; a qualquer momento, poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre o estudo; é garantido direito a assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, pelo tempo que for necessário, sem ônus de qualquer espécie em todas as situações em que se necessite; é garantido direito de buscar indenização por danos eventuais; é garantido o anonimato e segredo quanto ao seu nome; não divulgarei nenhuma informação que possa identificá-lo; mesmo tendo aceito participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento; este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o senhor(a).

Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o conhecimento de como a Promoção da Saúde se insere no contexto de formação dos residentes, contribuindo para a disseminação do conhecimento das residências e da promoção da saúde.

Coordenação da Pesquisa: Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira (Professor Orientador), Jéssica Pinheiro Carnaúba (Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família)
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115, Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza - Ceará
Telefones para contato: 3366- 8449 - 3366- 8457

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O participante_____abaixo assinado,_____ anos, RG:_____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam, por completo, minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada e rubricada pelo pesquisador desse termo como também assinei e rubriquei a via que ficou com o pesquisador.

Fortaleza, ____/____/___

_____

Nome do participante da pesquisa

_____

Assinatura do participante da pesquisa

_____

Nome da testemunha (se o participante não souber ler)

_____

Assinatura da testemunha (se o participante não souber ler)

_____

Nome do pesquisador

_____

Assinatura do pesquisador

_____

Nome do profissional que aplicou o TCLE

_____

Assinatura do profissional que aplicou o TCL

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESIDENTES

Você está sendo convidado por Jéssica Pinheiro Carnaúba a participar da pesquisa intitulada "COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA".

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Informamos que, caso aceite colaborar, pediremos que responda algumas perguntas em uma entrevista. Em seguida, pediremos que participe de um grupo focal sobre sua atuação profissional no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inicialmente, será aplicado um formulário semiestruturado composto por duas partes: 1. Dados de identificação (6 questões); e 2. Questões Norteadoras (13 questões). As entrevistas serão gravadas em áudio eletrônico, com duração de cerca de 20 minutos, nas quais serão abordadas as temáticas das Competências em Promoção da Saúde na formação profissional da Residência Multiprofissional.

As gravações, após serem transcritas e analisadas, serão descartadas. Entretanto o(a) senhor(a) poderá correr o risco de se sentir desconfortável ao responder algumas das perguntas, mas garantimos que todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Posteriormente, será realizado o grupo focal junto com seus colegas de residência em Saúde da Família que atuam no seu município de locação. Os grupos focais são assim denominados por apresentarem a participação de pessoas que compartilham alguma experiência em comum. O pesquisador então passa a ser reconhecido enquanto moderador, estimulando a participação e a expressão de opiniões dos integrantes do grupo (YIN, 2010).

Para não desviar do objetivo do grupo focal, será seguido um roteiro com 9 questões norteadoras sobre Competências em Promoção da Saúde na formação profissional da Residência Multiprofissional. O grupo focal também será gravado em equipamento de áudio eletrônico, e a pesquisadora pretende realizar anotações durante todo o processo de operacionalização dos dados a fim de registrar as observações e impressões do pesquisador em relação às dinâmicas que se sobressaiam imediatamente à realização dos grupos focais (BARBOUR, 2009).

As gravações, após serem transcritas e analisadas, também serão descartadas. Entretanto o(a) senhor(a) poderá correr o risco de se sentir desconfortável ao responder algumas das perguntas, mas garantimos que todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Para responder a entrevista e a participação no grupo focal, a fim de reduzir quaisquer desconfortos, o risco será mínimo, visto que a pesquisa será realizada em uma sala reservada para esse fim, com privacidade, bem como as questões não abordarão questionamentos íntimos ou que exijam esforço, os riscos incluem possíveis constragimentos durante as perguntas e desconforto por conta do tempo necessário para participar.

Será feito todo o esforço possível para que nada aconteça que seja desagradável ou constrangedor para o(a) senhor(a). Caso o(a) senhor(a) sinta algum desconforto durante a entrevista e durante o grupo focal ou se mudar de ideia por outros motivos, fique à vontade para desistir de participar.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido o(a) Sr.(a), mediante a sua autorização, a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e de espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; a sua identidade será mantida em sigilo.

Os dados obtidos serão utilizados apenas para a realização desta pesquisa e serão apresentados ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, em publicações científicas ou em congressos, respeitando sempre o caráter confidencial da sua identidade.

Informo, ainda, que: você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar; a qualquer momento, poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre o estudo; é garantido direito à assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, pelo tempo que for necessário, sem ônus de qualquer espécie em todas as situações em que se necessite; é garantido direito de buscar indenização por danos eventuais; é garantido o anonimato e segredo quanto ao seu nome; não divulgarei nenhuma informação que possa identificá-lo; mesmo tendo aceito participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento; este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o senhor(a).

Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o conhecimento de como a Promoção da Saúde se insere no contexto de formação dos residentes, contribuindo para a disseminação do conhecimento das residências e da Promoção da Saúde.

Coordenação da Pesquisa: Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira (Professor Orientador), Jéssica Pinheiro Carnaúba (Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família) **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Telefones para contato:** 3366- 8449 / 3366-8457**. End.**Rua Alexandre Baraúna 1115, Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza-CE

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O Participante _____, abaixo assinado _____ anos, RG:_____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada e rubricada pelo pesquisador desse termo, como também assinei e rubriquei a via que ficou com o pesquisador.

Fortaleza-CE, ____/____/___

_____

Nome do participante da pesquisa

_____

Assinatura do participante da pesquisa

_____

Nome da testemunha (se o participante não souber ler)

_____

Assinatura da testemunha (se o participante não souber ler)

_____

Nome do pesquisador

_____

Assinatura do pesquisador

_____

Nome do profissional que aplicou o TCLE

_____

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE.

ANEXO A – COMPETÊNCIAS BÁSICAS DO COMPHP PARA O QUADRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (DEMPSEY *et al.*, 2011)

Valores éticos norteadores das competências centrais da Promoção da Saúde

Valores éticos e princípios para a Promoção da Saúde incluem a crença na equidade e justiça social, respeitando a autonomia e a escolha individual e de grupos e um modo de trabalho participativo e colaborativo.

A prática ética da Promoção da Saúde é baseada no compromisso que reconhece:

- Saúde como um direito humano, central para o desenvolvimento humano;
- Respeito pelos direitos, dignidade, confidencialidade e valores individuais e de grupos;
- Respeito por todos os aspectos da diversidade incluindo gênero, orientação sexual, idade, religião, incapacidades, etnia, raça e crenças culturais;
- Tratar das questões de iniquidades em saúde e injustiça social, priorizando os indivíduos/ grupos que estão na pobreza e na marginalização social;
- Visar aos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos da saúde e do bem-estar;
- Garantir que as ações de Promoção da Saúde sejam benéficas e não causem danos;
- Ser honesto com o significado, alcance e aplicabilidade da promoção da saúde;
- Buscar por informações e evidências apropriadas para serem utilizadas na implementação de políticas e programas efetivos que influenciem a saúde;
- Considerar colaboração e parceria como base para as ações de promoção da saúde;
- Empoderar indivíduos e grupos para construir autonomia e autorrespeito como base nas ações de promoção da saúde;
- Desenvolvimento sustentável e ações de Promoção da Saúde sustentáveis;
- Ser responsável pela qualidade da própria prática, assumindo responsabilidades pela manutenção e melhora do conhecimento e de habilidades.

Conhecimentos básicos norteadores das competências centrais da Promoção da Saúde

As competências centrais requerem que o promotor da saúde tenha uma base de conhecimento sobre os principais conceitos, os princípios, a teoria e pesquisa e a aplicação prática da promoção da saúde.

O promotor de saúde deve ser capaz de demonstrar conhecimento sobre:

- Conceitos, princípios e valores éticos da Promoção da Saúde definidos na Carta de Ottawa (WHO, 1986) e cartas e declarações posteriores;
- Conceitos de equidade em saúde, justiça social e saúde como direito humano enquanto base para a ação em promoção da saúde;
- Os determinantes de saúde e suas implicações nas ações de promoção da saúde;
- O impacto da diversidade social e cultural na saúde e nas iniquidades em saúde e suas implicações em ações de promoção da saúde;
- Modelos de Promoção da Saúde e de abordagens que apoiem o empoderamento, a participação, as parcerias e a igualdade como base das ações de promoção da saúde;
- Teorias e evidências atuais que embasam liderança, advocacia e construção de parcerias efetivas e suas implicações em ações de Promoção da Saúde;
- Os atuais modelos e abordagens de projeto e gestão de programa efetivos (incluindo diagnóstico das necessidades, planejamento, implementação e avaliação) e suas aplicações em ações de Promoção da Saúde;
- As evidências básicas e métodos de pesquisa, incluindo métodos qualitativos e quantitativos, exigidos para informar e avaliar ações de Promoção da Saúde;
- Os processos de comunicação e a atual tecnologia de informação necessários para a efetividade da ação de Promoção da Saúde;
- Os sistemas, políticas e legislações que impactam a saúde e a relevância dos mesmos para a promoção da saúde.

1. Possibilidade de mudanças

Possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades ou organizações construam capacidade para a ação em Promoção da Saúde, e assim, melhorar a saúde e reduzir as iniquidades em saúde

O promotor da saúde deve ser capaz de:

1.1 Trabalhar em colaboração com outros setores para influenciar o desenvolvimento de políticas públicas que impactem positivamente na saúde e reduzam as iniquidades em saúde;

1.2 Utilizar abordagens de Promoção da Saúde que apoiem o empoderamento, a participação, a liderança e a equidade para criar ambientes e cenários que promovam a saúde;

1.3 Utilizar abordagens de desenvolvimento comunitário para fortalecer a participação da comunidade e a construção de capacidades para a ação em Promoção da Saúde;

1.4 Facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais que irão manter e melhorar a saúde;

1.5 Trabalhar em colaboração com os atores sociais (pessoas-chave) chaves na reorientação dos serviços de saúde, e outros, para promover a saúde e reduzir as iniquidades em saúde.

2. Advocacia em saúde

Reivindicar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde, o bem-estar e a capacitação para ação em Promoção da Saúde.

O promotor de saúde deve ser capaz de:

2.1 Utilizar estratégias e técnicas de reivindicação/advocacia em saúde que reflitam os princípios da Promoção da Saúde;

2.2 Engajar-se com as pessoas-chave e influenciá-las para desenvolver e manterem ações de Promoção da Saúde;

2.3 Sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde;

2.4 Reivindicar, junto aos setores, pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde;

2.5 Estimular as comunidades e os grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem por recursos e capacidades exigidas para a ação em Promoção da Saúde.

3. Parceria

Trabalhar em colaboração com áreas de conhecimento/disciplinas setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade de ações de Promoção da Saúde.

O promotor da saúde deve ser capaz de:

3.1 Envolver parceiros de diferentes setores que contribuam ativamente nas ações de Promoção da Saúde;

3.2 Facilitar o trabalho efetivo dos parceiros, o qual reflita os valores e princípios da Promoção da Saúde;

3.3 Construir parcerias de sucesso por meio do trabalho colaborativo e da mediação de interesses dos diversos setores;

3.4 Facilitar o desenvolvimento e a sustentabilidade de coalizões e redes de trabalho para a ação em Promoção da Saúde.

4. Comunicação

Comunicar ações de Promoção da Saúde efetivamente, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para diversos públicos.

O promotor da saúde deve ser capaz de:

4.1 Utilizar habilidades de comunicação efetivas, incluindo comunicação escrita, verbal, não verbal e as habilidade de escuta;

4.2 Utilizar tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações sobre a Promoção da Saúde;

4.3 Utilizar técnicas e meios de comunicação culturalmente adequadas para grupos e contextos específicos;

4.4 Utilizar habilidades de comunicação interpessoal e do grupo de trabalho para promover a melhora da saúde de indivíduos, grupos, comunidades e organizações e reduzir as iniquidades em saúde.

5. Liderança

Contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em promoção da saúde.

O promotor da saúde deve ser capaz de:

5.1 Trabalhar com os atores/parceiros sociais para atingir uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em Promoção da Saúde;

5.2 Utilizar habilidades de liderança para promover empoderamento e participação (incluindo o trabalho em equipe, negociação, motivação, resolução de conflitos, tomadas de decisões, facilitação e resolução de problemas);

5.3 Formar redes com as pessoas-chave e motivá-las a promover mudanças que melhorarem a saúde e reduzam iniquidades;

5.4 Incorporar novas ideias e conhecimentos para melhorar a prática e responder aos desafios emergentes em promoção da saúde;

5.5 Contribuir para a mobilização e gestão/gerenciamento de recursos para a ação em Promoção da Saúde;

5.6 Contribuir para o aprendizado da equipe e da organização para avançar nas ações de Promoção da Saúde.

6. Diagnóstico

Diagnosticar as necessidades e potencialidades de parceria com os atores/parceiros sociais, no contexto dos determinantes político, econômico, social, cultural, ambiental, comportamental e biológico que promovem ou comprometem a saúde.

O promotor da saúde deve ser capaz de:

6.1 Utilizar métodos participativos para envolver os atores/parceiros sociais no diagnóstico;

6.2 Utilizar vários métodos de diagnóstico, incluindo quantitativos e qualitativos;

6.3 Coletar, revisar, e avaliar os dados relevantes, as informações e a literatura para embasar as ações de promoção da saúde;

6.4 Identificar os determinantes de saúde que impactam as ações de Promoção da Saúde;

6.5 Identificar as necessidades em saúde, as potencialidades e os recursos relevantes para a ação em Promoção da Saúde;

6.6 Utilizar abordagens de diagnóstico que sejam éticas e culturalmente adequadas;

6.7 Identificar as prioridades para a ação em Promoção da Saúde em parceria com os atores/ parceiros sociais, baseados na melhor evidência existente e nos valores éticos.

7. Planejamento

Desenvolver metas e objetivos de Promoção da Saúde que podem ser medidos, baseados no diagnóstico das necessidades e potencialidades em parceria com os atores/parceiros sociais.

O promotor de saúde deve ser capaz de:

7.1 Mobilizar, apoiar e envolver a participação dos atores/parceiros sociais no planejamento das ações de Promoção da Saúde;

7.2 Utilizar modelos atuais e abordagens sistemáticas no planejamento de ações de Promoção da Saúde;

7.3 Desenvolver um plano de ação que pode ser executado segundo os recursos, as necessidades e as potencialidades disponíveis;

7.4 Desenvolver e informar metas e objetivos realísticos e mensuráveis para ações de Promoção da Saúde;

7.5 Identificar estratégias de Promoção da Saúde apropriadas para o alcance das metas e objetivos fixados/acordados.

8. Implementação

Implementar ações de Promoção da Saúde efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/parceiros sociais.

O promotor de saúde deve ser capaz de:

8.1 Utilizar processos que sejam éticos, culturalmente apropriados e participativos e que promovam o empoderamento na implementação de ações de promoção da saúde;

8.2 Desenvolver, conduzir e utilizar recursos e materiais apropriados;

8.3 Gerenciar os recursos necessários para a implementação efetiva das ações planejadas;

8.4 Facilitar a sustentabilidade do programa e a responsabilização dos atores/parceiros sociais por meio de consulta e colaboração permanentes;

8.5 Monitorar a qualidade do processo de implementação em relação às metas e aos objetivos acordados.

9. Avaliação e pesquisa

Utilizar métodos de avaliação e pesquisa apropriados, em parceria com os atores/parceiros sociais, para determinar o alcance, o impacto e a efetividade das ações de Promoção da Saúde.

O promotor da saúde deve ser capaz de:

9.1 Identificar e utilizar ferramentas de avaliação e métodos de pesquisas apropriados;

9.2 Integrar a avaliação no planejamento e na implementação de todas as ações de Promoção da Saúde;

9.3 Utilizar os resultados da avaliação para redefinir e melhorar as ações de Promoção da Saúde;

9.4 Utilizar pesquisas e estratégias baseadas em evidências para apoiar a prática;

9.5 Contribuir para o desenvolvimento e a disseminação da avaliação da Promoção da Saúde e do processo de pesquisa.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ /

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO DA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA

Pesquisador: Jéssica Pinheiro Carnaúba

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11344519.4.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.313.043

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso descritivo. O cenário desta pesquisa consiste no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Escola de Saúde Pública do Ceará. Optou-se pela ênfase Saúde da Família e Comunidade em locais que existam residentes em seu segundo ano de formação, sendo eleitas as cidades de Quixadá e Quixeramobim. A coleta de dados também ocorrerá na sede da Escola de Saúde Pública do Ceará, no município de Fortaleza, onde haverá o contato com a coordenação geral da residência e com os tutores do programa. Os sujeitos do estudo serão os profissionais residentes de ambos os municípios, os preceptores e tutores, os coordenadores da ênfase saúde da família e a coordenação geral do programa, no total de 31 sujeitos. A produção de dados ocorrerá através de diferentes técnicas: análise documental, entrevista semiestruturada e grupos focais. Para a entrevista semiestruturada, serão
construídos roteiros de entrevistas a serem utilizados junto aos profissionais residentes, preceptores e tutores, coordenação de ênfase da Saúde da Família e coordenador geral do programa, em local que assegure a privacidade e a concentração dos participantes, em dias previamente agendados e pactuados individualmente. As entrevistas serão gravadas em equipamento eletrônico. Outra técnica de coleta de dados serão os grupos focais, que também serão previamente agendados, e ocorrerão em local previamente escolhido e preparado para atender as necessidades dos grupos.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

Para orientar o processo de dialogo, será seguido um roteiro com questionamentos elaborados pela autora. A partir dessas considerações, pretende-se realizar inicialmente dois grupos focais, sendo um com os residentes de Quixadá e o outro com os residentes de Quixeramobim. Optou-se por não incluir os preceptores. Pretende-se realizar anotações durante todo o processo de operacionalização dos grupos focais, a fim de captar questões que se destaquem no momento dos grupos. Também haverá a gravação em áudio. Será utilizado o critério de saturação teórica. As entrevistas e discursos presentes nos grupos focais serão transcritas na íntegra e organizadas para posterior análise dos achados. Para análise dos dados foi escolhida a técnica da Hermenêutica de Profundidade (HP), composta por três fases: Análise Sócio-Histórica; Análise formal ou discursiva e Re-interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a operacionalização das Competências de Promoção da Saúde no processo formativo do ensino-aprendizagem em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Objetivo Secundário:

• Analisar os referenciais teórico-conceituais da categoria Promoção da Saúde que orientam a matriz curricular para a formação dos profissionais residentes;• Identificar as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas durante a formação enquanto residentes;• Identificar as potencialidades e desafios para a efetivação das ações de promoção da saúde nos serviços em que os residentes atuam;• Identificar as competências em promoção da Saúde, desenvolvidas nos profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará, de acordo com o referencial CompHP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

os riscos incluem possíveis constragimentos durante as perguntas e desconforto por conta do tempo necessário para participar. Será feito todo o esforço possível para que nada aconteça que seja desagradável ou constrangedor.

Benefícios:

Poderão trazer benefícios para o conhecimento de como a promoção da saúde se insere no contexto de formação dos residentes, contribuindo para a disseminação do conhecimento das residências e da promoção da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que poderá trazer como desfecho: aprimoramento do contexto de formação dos residentes, contribuindo para a disseminação do conhecimento das residências e da promoção da saúde. Além disso poderá permitir identificar lacunas e dificuldades no processo formativo das residências em saúde da família e nesse sentido, contribuir para o aperfeiçoamento dos Profissionais em Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de inserção do projeto ao COMEPE_UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do COMEPE_UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

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_BÁSICAS_DO_PROJETO_1311918.pdf	30/03/2019 11:18:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_dissertacao.pdf	30/03/2019 11:11:40	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_comite.pdf	30/03/2019 11:02:05	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_concordancia_orientador.pdf	30/03/2019 11:01:43	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_quixada.pdf	30/03/2019 11:01:26	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_quixeramobim.pdf	30/03/2019 11:01:02	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Outros	curriculo_lattes.pdf	30/03/2019 10:59:16	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Outros	anuencia_esp.PDF	30/03/2019 10:57:01	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle_tutor_preceptor_coordenador.pdf	30/03/2019 10:51:13	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ /

Continuação do Parecer: 3.313.043

Ausência	tcle_tutor_preceptor_coordenador.pdf	30/03/2019 10:51:13	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_residentes.pdf	30/03/2019 10:50:57	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/03/2019 10:49:19	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	25/03/2019 00:47:39	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	25/03/2019 00:26:39	Jéssica Pinheiro Carnaúba	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 08 de Maio de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br