

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**LILIANE MARIA GUIMARÃES DE PINHO**

**Implantação da Residência Médica e  
Multiprofissional em Saúde da Família em um  
município paulista: percepção de residentes da  
primeira turma (2014-2016)**

**São Paulo - SP  
2016**

LILIANE MARIA GUIMARÃES DE PINHO

Implantação da Residência Médica e  
Multiprofissional em Saúde da Família em um  
município paulista: percepção de residentes da  
primeira turma (2014-2016)

Dissertação apresentada ao  
Programa de Mestrado Profissional  
em Saúde Coletiva da Coordenadoria  
de Recursos Humanos da Secretaria  
de Estado da Saúde de São Paulo,  
para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

São Paulo - SP  
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

LILIANE MARIA GUIMARÃES DE PINHO

Implantação da Residência Médica e  
Multiprofissional em Saúde da Família em um  
município paulista: percepção de residentes da  
primeira turma (2014-2016)

Dissertação apresentada ao  
Programa de Mestrado Profissional  
em Saúde Coletiva da Coordenadoria  
de Recursos Humanos da Secretaria  
de Estado da Saúde de São Paulo,  
para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Gestão e  
Práticas de Saúde

**Orientador (a):** Prof<sup>a</sup> Dra. Maria  
Cezira Fantini Nogueira Martins

São Paulo - SP  
2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Pinho, Liliane Maria Guimarães de

Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016) / Liliane Maria Guimarães de Pinho. São Paulo; 2016.

65p

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

1.Atenção Primária à Saúde 2.Estratégia de Saúde da Família  
3.Educação 4.Internato e Residência I. Título.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos aqueles comprometidos  
com processos formativos de profissionais para o  
SUS no município de Sorocaba.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Maria Cezira Fantini Nogueira Martins, pela generosidade, dedicação e sensibilidade em me guiar, iluminar e tecer caminhos formativos.

Ao Diego Garcia Diniz, pelo incentivo, por me fazer acreditar na possibilidade de elaborar este trabalho e pelas valiosas discussões.

À Secretaria de Saúde de Sorocaba, em especial aos meus companheiros da Área de Educação em Saúde, Caroline Camila Carli, Diego Garcia Diniz, Elaine Aparecida Desgualdo Osorio, Gleidjane Maciel Della Cruz, Lya Almeida de Souza, Odair Nelson da Veiga, Samuel Figueiredo Leite, pelo apoio fundamental.

Aos companheiros que fizeram parte da Área de Educação em Saúde, Monalisa Salvador, Gabriela Zinn e Daniela Valentim dos Santos, pelos encontros e contribuições.

À Maria Clara Schnaidman Suarez, pelo apoio e inestimável contribuição na realização dos grupos focais.

Aos queridos residentes, por terem compartilhado comigo as dores e alegrias vividas no processo de formação.

Aos preceptores, tutores e gestores do Sistema Municipal de Saúde Escola de Sorocaba, pelo empenho em transformar a prática e a formação em saúde.

Aos companheiros das instituições de ensino parceiras PUC e UNISO, pelo compromisso e parceria na construção da rede escola.

Aos docentes e funcionários do Instituto de Saúde, pela dedicação e compromisso com a nossa formação.

Aos colegas de Mestrado, pela rica jornada compartilhada e pela cumplicidade.

À minha família, em especial, aos meus pais, Iolanda Maria Guimarães de Pinho e Antonio Gomes de Pinho (*in memoriam*), que acreditaram em mim e me ensinaram a acreditar nas pessoas.

Aos meus companheiros de vida e de sonhos, Silvio Carvalho e Beatriz Guimarães de Carvalho.

*“É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. É preciso substituir um pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento do complexo, no sentido originário do termo **complexus**: o que é tecido junto.”*

(Edgar Morin)



## RESUMO

Pinho LMG. **Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016)**. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

**Introdução:** No Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação de novos modelos assistenciais, como a Estratégia Saúde da Família, vem demandando uma qualificação dos profissionais, para a qual é necessária a incorporação, no âmbito da formação, do campo real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores. Nessa direção, na modalidade de pós graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, o Ministério da Saúde apoia os Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde. No município de Sorocaba – SP, por meio do Sistema Municipal Saúde Escola, implantado em setembro de 2013, e em parceria com universidades locais, foram criados alguns programas de Residência, dentre eles o de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família. **Objetivo:** Identificar e analisar as percepções da primeira turma de residentes a respeito de sua experiência nos Programas de Residência em Saúde da Família. **Método:** Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, com a técnica do grupo focal. Foram realizados grupos focais com residentes da primeira turma que compunham a equipe básica de Saúde da Família (enfermagem, medicina e odontologia). Na análise, o material foi organizado a partir de sua divisão em partes e posterior relação dessas partes umas com as outras, procurando identificar tendências e padrões relevantes. **Resultados:** Da análise do material, foram obtidas quatro categorias: a) as várias mudanças de 2014; b) a preceptoria e a tutoria; c) a estruturação do programa; d) a percepção do aprendizado ao final da Residência. **Discussão:** Vários dos pontos críticos apontados pelos residentes são semelhantes às experiências de implantação de residência em Saúde da Família em outros municípios: dificuldades nas parcerias entre as instituições de ensino e a rede de saúde local, falta de interação entre tutores e preceptores, falta de preceptores preparados para a função e falta de preparo dos demais profissionais das unidades para a absorção e o trabalho conjunto com os residentes. Apesar dessas dificuldades, os residentes consideraram que a experiência vivida foi muito instigante e proveitosa. **Considerações finais:** O estudo aponta um caminho possível e interessante para a formação dos profissionais de saúde para o SUS, especialmente para sua principal estratégia de organização da Atenção Básica, que é a Estratégia de Saúde da Família. **Potencial de aplicabilidade:** Importantes elementos foram obtidos para ajustes para as próximas turmas do Programa. Além desses ajustes, os resultados deste trabalho serão apresentados ao colegiado de gestão dos programas de residência, à Área de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município, às Universidades parceiras e a outras instâncias, com o objetivo de discutir e traçar estratégias que propiciem maior integração e corresponsabilização pelo processo de formação.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação; Internato e Residência.

## ABSTRACT

Pinho LMG. **Implantation of medical and health multiprofessional residency in a city of São Paulo: perception of residents from the first class (2014-2016)** [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Health Secretary of the State of São Paulo; 2016.

**Introduction:** In the Brazilian Unified Health System, the implementation of new care models, like the Family Health Strategy, has been demanding a professional qualification, for which the incorporation - regarding training, the actual field, day-to-day practice of professionals, users and managers - is required. In this direction, in *lato sensu* post-graduation modality, characterized by in-service training, the Ministry of Health supports the Medical and Multiprofessional Residency Programs. In the city of Sorocaba - SP, through the Municipal Health School System, implemented in September 2013, and in partnership with local universities, several Residency programs have been created, among them the Family Health Residency Program. **Purpose:** To identify and analyze the first class of residents' perceptions regarding their experience in the Family Health Residency Program. **Method:** The qualitative research approach, with the focus group technique was used. Focus groups with first class residents that made up the Family Health core team (nursing, medicine and dentistry) were used. In the analysis, the material was organized from its split into parts and subsequent relationship of these parts to each other, in order to identify relevant trends and patterns. **Results:** From the analysis of the material, four categories were obtained: a) the various changes in 2014; b) the preceptorship and mentoring; c) the program structuring; d) the perception of learning at the end of the Residency. **Discussion:** Several of the critical points raised by the residents are similar to implementation experiences of residency in Family Health in other cities: difficulties in partnership between educational institutions and the local health network, lack of interaction between tutors and mentors, lack of preceptors fit for the role, and lack of preparation of other professionals from the units for absorption and working together with residents. Despite these difficulties, residents have considered the lived experience to be very exciting and profitable. **Final considerations:** The study suggests a possible and interesting way to the training of health professionals for the Unified Health System, especially for its main organization strategy of Basic Attention, which is the Family Health Strategy. **Potential applicability:** Important elements were obtained for adjustments for the next classes of the Program. In addition to these adjustments, the results of this work will be presented to the collegiate management of residency programs, to the Health Education Field, to partner Universities, and other institutions, in order to discuss and develop strategies that promote greater integration and co-responsibility for the training process.

Key words: Primary Health Care; Family Health Strategy; Education; Internship and Residency.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| RESUMO .....   | 07 |
| ABSTRACT .....   | 08 |
| LISTA DE ABREVIATURAS.....   | 10 |
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>   |    |
| 1.1.    A FORMAÇÃO PARA O SUS.....                                     | 11 |
| 1.2.    A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOROCABA..... | 16 |
| <b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....  | 21 |
| <b>3. OBJETIVOS</b> .....  | 22 |
| <b>4. MÉTODO</b>   |    |
| 4.1.    DELINEAMENTO DO ESTUDO .....                                   | 23 |
| 4.2.    ANÁLISE DO MATERIAL OBTIDO.....                                | 24 |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGO)</b> .....                        | 25 |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                   | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                       | 57 |
| ANEXO 1 –.ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....                                  | 62 |
| ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....                              | 63 |
| ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....              | 66 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|         |  |
|---------|--|
| AB      | Atenção Básica   |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde                                |
| AES     | Área de Educação em Saúde                                  |
| CDQ     | Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS        |
| CIES    | Comissão Permanente de Integração de Educação e Saúde      |
| CNRMS   | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| COREME  | Comissão de Residência Médica em Saúde                     |
| COREMU  | Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde          |
| EPS     | Educação Permanente em Saúde                               |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                                |
| MS      | Ministério da Saúde  |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                         |
| PAC     | Programa de Atenção à Criança                              |
| PMS     | Prefeitura Municipal de Sorocaba                           |
| PNEPS   | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde          |
| SF      | Saúde da Família   |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                     |
| TCC     | Trabalho de Conclusão de Curso                             |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde                                    |
| UNASUS  | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde              |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas                          |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo                          |
| USF     | Unidade de Saúde da Família                                |
| USP     | Universidade de São Paulo                                  |
| VD      | Visita Domiciliar  |

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. A FORMAÇÃO PARA O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado em 1990 (BRASIL, 1990), representa a materialização da concepção acerca da saúde entendida não somente como estado de ausência de doença, mas relacionada com a qualidade de vida da população (moradia, trabalho, educação, meio ambiente, saneamento básico, transporte, lazer). A partir desse entendimento, surge a necessidade de transformar a lógica de pensar a saúde não apenas em torno da cura de agravos, mas na direção de uma lógica centrada na prevenção de agravos e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A formação de profissionais qualificados para atuarem no SUS é essencial para seu desenvolvimento e constitui um desafio à gestão pública, a quem compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Ainda que as instituições formadoras venham experimentando iniciativas de reformulação de ensino a partir de uma concepção pedagógica mais crítica e reflexiva, essas iniciativas convivem com um modelo pedagógico centrado em conteúdos, orientado pelo modelo biomédico, fragmentado e especializado, com forte valorização da incorporação de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). A adoção desse modelo tem dificultado tanto a compreensão dos determinantes sociais como a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença da população. Por outro lado, os serviços de saúde, apesar do empenho em cumprir os preceitos do SUS e, assim, qualificar e produzir cuidado, têm investido muito pouco na qualificação

dos seus trabalhadores, com envolvimento superficial e descontínuo junto às instituições de ensino da área da saúde. A desarticulação acumulada entre os setores educacional e de prestação de serviços não tem favorecido o processo de consolidação do SUS.

A implantação de novos modelos assistenciais, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), eleita pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia prioritária da Atenção Básica, demanda uma ampliação no desenvolvimento de competências dos profissionais, tais como: trabalho em equipe, comunicação, capacidade de resolver problemas e de enfrentar as constantes mudanças da realidade. Assim, para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários, é imprescindível incorporar, no âmbito da formação, o campo real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores (BARRETO et al, 1999).

Nessa direção, o MS, ao apoiar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001, para os cursos da área da saúde, em articulação com o Ministério da Educação, intensificou seu papel ordenador das políticas de formação, incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Como exemplos, temos as DCN para o curso de medicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001a)<sup>1</sup>, as do curso de enfermagem (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b) e as do curso de odontologia (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002). Projetos como Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) sinalizam a ação indutora do Ministério para promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde. Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS apoia os Programas de

---

<sup>1</sup> Em 2014, foram implantadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área de Medicina, em que o desenvolvimento de competências e a direcionalidade da formação para a Atenção Básica e para o perfil do médico generalista são intensificadas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

Residência Médica e Multiprofissional em Saúde, com ênfase nos Programas de Saúde da Família e Comunidade, por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Um grande avanço para as mudanças da formação em saúde foi a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta pelo MS, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), e viabilizada através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Sua finalidade é formar e qualificar profissionais de saúde voltados para a necessidade de atender as demandas oriundas da concepção ampliada acerca da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A portaria número 1996/2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) oficializou as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como espaço de articulação interinstitucional para a integração ensino-serviço. Foi uma importante medida para que “todas as ações indutoras de formação de recursos humanos para o SUS avançassem no que tange à integração ensino-serviço como condição de implantação e manutenção destas ações” (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011, p. 20).

A EPS tem como objetivo principal a transformação do processo de trabalho, enfatizando a importância do cotidiano do trabalho em equipe como ponto de partida para direcionar o aprendizado e, conseqüentemente, a transformação das pessoas envolvidas no processo (CECCIM, 2005).

Segundo a PNEPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), a EPS ressalta a importância de: incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas; colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação,

ao invés de receptores; considerar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar.

A EPS está ancorada nas noções da aprendizagem significativa e da problematização. Segundo Pelizzari (2002), citando a teoria de aprendizagem de Ausubel (1982), a aprendizagem significativa é o processo por meio do qual uma nova informação se relaciona de maneira não arbitrária à estrutura cognitiva do aprendiz e é considerada como o mecanismo humano para adquirir e armazenar as informações representadas em qualquer campo de conhecimento. Para Freire (1987), a problematização se dá por meio da análise crítica de situações da realidade concreta dos sujeitos, para as quais são buscadas respostas, sendo o diálogo o recurso essencial para que esse processo aconteça.

Oliveira (2003) referiu diversas dificuldades no processo de integração ensino-serviço, tanto no âmbito acadêmico como no dos serviços. No contexto acadêmico, aponta, entre outros, os seguintes aspectos: dificuldade de encontrar professores para o novo enfoque ensino-aprendizagem; dificuldade para aprendizagem conjunta das diferentes profissões da área da saúde; resistência dos estudantes. No âmbito dos serviços, os problemas apontados, dentre outros, são: resistência dos profissionais (pois a formação não faz parte de sua agenda de trabalho); inadequação da estrutura física das unidades; resistência da população em relação à presença de estudantes no serviço.

Esses dois conjuntos de dificuldades sugerem que a prática pedagógica, nos serviços reais do SUS, pressupõe o encontro de vários atores para que a proposta seja construída coletivamente, no sentido de atender necessidades tanto da academia como dos serviços (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011).

Desse modo, estratégias de ensino, como os programas de residência médica e multiprofissional<sup>2</sup> em saúde, têm apresentado perspectivas teórico-

---

<sup>2</sup> As residências multiprofissionais da área da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005), são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde,



pedagógicas convergentes com as necessidades do serviço, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilitando o disparar de mudanças de modelo assistencial em consonância com as diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Compreendendo que a noção sobre o trabalho na saúde é norteadora nas decisões políticas e técnicas envolvendo todos os componentes da formação profissional, a proposição das Residências em Saúde (Médica e Multiprofissional) tem o intuito de articular trabalho e educação na saúde, criando mais um espaço de consolidação de saberes e práticas, bem como de concretizar a PNEPS.

No âmbito específico da ESF, essa articulação é fundamental, já que a ESF vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso País. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. É uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). O processo de trabalho das ESF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com a comunidade.

#### A organização do trabalho na Atenção Básica

*“consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo*

---

a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

*integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 58)*

O maior desafio é a formação de profissionais com capacidade de reflexão sobre o meio em que vivem; que aprendam a aprender; que adotem uma postura crítica em relação ao seu trabalho e ao conhecimento apreendido; que saibam integrar diferentes conhecimentos no planejamento de ações em saúde e valorizar o trabalho em equipe; e, sobretudo, que saibam exercer o seu ofício com ética, humanidade e respeito ao próximo, estendendo sua dedicação além da cura individual e em direção à prevenção, reabilitação e promoção da saúde de toda a comunidade (CAMPOS et al, 2012).

## 1.2. A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOROCABA

O município de Sorocaba está localizado a 96 km da capital paulista. É a quinta cidade em desenvolvimento econômico do estado, tendo um crescimento populacional de aproximadamente 20% na última década. A população estimada para 2015, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, é de 644.919 habitantes (IBGE, 2016).

O processo de implantação da ESF em Sorocaba teve início em 1997, como projeto piloto, visando à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas, inicialmente de forma paralela à estrutura de atenção existente em duas unidades de saúde, cada uma com duas equipes. Até o início de 2014, contava com 16 equipes de Saúde da Família, distribuídas em cinco das 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município. O projeto atual de expansão da ESF conta com a participação de 39 médicos do Programa Mais Médicos do MS (BRASIL, 2013), totalizando 44 equipes em 14 UBS, atingindo uma cobertura de 27,6%. A definição sobre quais UBS passariam pelo processo de transformação em ESF foi coletiva, intersetorial e baseada em indicadores de saúde.

Em setembro de 2013, foi homologada a Lei Municipal 10.579, que instituiu o Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) do município de Sorocaba (SOROCABA, 2013). O SMSE é orientado pelo Programa Nacional de Educação Permanente para o desenvolvimento de trabalhadores, em conformidade com os princípios do SUS, visando tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. É composto pelos serviços de saúde próprios do município em parceria com instituições de ensino e demais serviços de saúde. Estabelece que cada unidade do sistema de saúde municipal constitui cenário para ensino-aprendizagem e que desenvolverá atividades de extensão universitária, aprimoramento, especialização, residência médica e multiprofissional em saúde.

Durante o ano de 2014, muitas mudanças estruturais ocorreram na rede. A implantação de novas equipes de ESF em nove UBS com a chegada de médicos intercambistas do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), a implantação dos programas de residências em saúde e a expansão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), transformou, em curto espaço de tempo, unidades em ESF (USF) e em cenários de formação. Concomitantemente, houve reforma administrativa da SMS, criação da Área de

Educação em Saúde (AES), descentralização da gestão com a estruturação de Regionais de Saúde, composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e início do processo de matriciamento em Saúde Mental. Nesse ano, esforços foram concentrados nas ações de sensibilização em ESF através de capacitação de multiplicadores das 14 USF, sob coordenação da AES e das Regionais de Saúde.

Com o apoio do MS e do Ministério da Educação (MEC), foram implantados cinco Programas de Residência (com um total de 107 residentes matriculados para as 139 vagas), nas áreas de Saúde da Família (SF), Saúde Mental e Urgência e Emergência, que tiveram início em abril de 2014.

Especificamente na primeira turma das residências em SF, que compreendem a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, isto é, os programas que desenvolvem a formação sob a perspectiva da ESF, foram matriculados 53 residentes: Medicina (04), Educação Física (3), Enfermagem (28), Farmácia (3), Fisioterapia (3), Fonoaudiologia (1), Nutrição (3), Odontologia (3), Psicologia (3), Serviço Social (3), Terapia Ocupacional (3). Destes residentes, 35 foram inseridos nas equipes básicas de SF (enfermeiros, dentistas e médicos); os demais, nas equipes do NASF.

De acordo com Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) vigente na ocasião da implantação dos programas de residência multiprofissional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010), dois tipos de instituição estavam envolvidos com os programas: as formadoras e as executoras. A instituição formadora é a Instituição de Ensino Superior (IES) que oferece o programa de residência em parceria com a instituição executora, responsável pelos locais onde se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática do programa de residência (48 horas semanais), denominados de cenários de prática que, no município de Sorocaba, são: a rede de Atenção Primária do município, a Rede de Atenção

Psicossocial, Urgência e Emergência, Ambulatórios de Especialidades e Área de Vigilância em Saúde.

Os programas de Residência Multiprofissional ofertados até 2015 eram obrigatoriamente vinculados às IES, sendo que em Sorocaba, a vinculação era com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), tendo sido celebrado um convênio para atender as exigências legais vigentes na ocasião e o repasse de recursos.

Dentre as responsabilidades das instituições de ensino formadoras, temos: elaborar o Projeto Pedagógico, em parceria com a Secretaria da Saúde de Sorocaba; realizar o processo seletivo dos candidatos à residência; participar no processo de formação e capacitação de preceptores e tutores; disponibilizar estrutura física para o desenvolvimento das atividades teóricas de ensino e pesquisa, envolvendo biblioteca, salas de aula, laboratórios didáticos, recursos audiovisuais e acesso à Internet; comprometer-se com a gestão compartilhada do programa.

As principais responsabilidades da Secretaria da Saúde são: auxiliar a IES na elaboração do Projeto Pedagógico; colaborar e compor a COREMU<sup>3</sup> em parceria com as Instituições de Ensino; participar do processo seletivo dos preceptores e tutores em parceria com as Universidades, COREME<sup>4</sup> e COREMU; disponibilizar e adequar à estrutura física, material e de recursos humanos nos cenários de prática dos programas; remunerar os serviços executados, incluindo a cobertura de despesas administrativas, dentro dos

---

<sup>3</sup>COREMU: Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde: colegiado deliberativo, ligado a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) do Ministério da Educação, encarregada pela deliberação, planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das Residências Multiprofissionais em Saúde realizadas pela SMS em parceria com Instituições de Ensino Superior, de acordo com a Portaria Interministerial nº 45 de 12/01/2007 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007), alterada pela Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

<sup>4</sup>COREME: Comissão de Residência Médica em Saúde da Secretaria da Saúde de Sorocaba: é um colegiado deliberativo, ligado a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação conforme Resolução CNRM Nº 2, de 03/07/2013 (BRASIL, 2013).

prazos pré-estabelecidos; efetuar diretamente o pagamento das bolsas/remunerações dos profissionais da Prefeitura envolvidos nos programas.

Há vários atores envolvidos nos Programas de Residência; dentre eles, temos:

- docentes: profissionais que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e práticas;
- tutores: realizam atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes;
- preceptores: são profissionais da rede municipal de saúde, responsáveis pela recepção, acompanhamento e avaliação das atividades dos residentes.

Na residência multiprofissional, várias funções são atribuídas ao preceptor: ser a referência prática para o residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção; orientar e acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades teóricas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Pedagógico da residência em questão; facilitar a integração do residente com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), e com residentes de outros programas; identificar dificuldades e problemas para a qualificação do residente relacionados ao desenvolvimento de atividades práticas, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico do programa (BRASIL, 2012c).

Os residentes recebem bolsa do Ministério da Saúde, sendo que os residentes médicos recebem uma complementação da bolsa financiada pela Prefeitura do Município de Sorocaba (PMS). Todos os preceptores da rede municipal fazem jus ao recebimento de um incentivo financeiro. Os docentes, tutores e coordenadores da IES fazem jus ao recebimento de um incentivo financeiro municipal através de convênio firmado com a PMS.

## 2. JUSTIFICATIVA

A Prefeitura de Sorocaba (PMS), por meio da SMS e, mais especificamente, do SMSE, decidiu, em 2013, implantar as residências em Saúde (Programas de Residência Médica e Programas de Residência Multiprofissional) de forma estratégica e concomitante ao processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família, à constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à descentralização da Gestão com a formação de seis Coordenadorias Regionais.

Em 2014, foram criados vários Programas de Residência, sendo dois deles pertencentes à Área de Concentração em Saúde da Família: o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família<sup>5</sup>.

Considerando que a ESF é a eleita pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária da Atenção Básica, é importante conhecer e analisar as percepções dos residentes dessa primeira turma (2014-2016), para obter subsídios para ajustes para as próximas turmas, no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade da formação e para o aprimoramento da atenção ao usuário.

---

<sup>5</sup>Nesta dissertação, esses dois programas serão chamados Programas de Residência em Saúde da Família.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral:**

- Identificar e analisar a percepção dos residentes da primeira turma (2014-2016) a respeito de sua experiência nos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar e analisar a percepção dos residentes sobre os seguintes aspectos envolvidos no seu processo de formação profissional ao longo dos Programas de Residência em Saúde da Família:
  - o processo de trabalho;
  - a preceptoria;
  - as potências e desafios do processo de ensino-aprendizagem.



## 4. MÉTODO

### 4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, pois o estudo pretendeu conhecer as percepções das pessoas que fazem parte do contexto a ser estudado (TURATO, 2003).

A técnica escolhida foi a do grupo focal, que tem como objetivo principal obter informações e realizar constatações, sem provocar mudanças *a priori*. Foram observadas as principais recomendações com relação a essa técnica, que são: o grupo deve ser composto, preferencialmente, por, no mínimo, seis e, no máximo, quinze pessoas; o moderador deve propor as questões aos participantes, mantendo o foco da discussão, realizando sínteses e retomando o assunto, em eventuais desvios; o observador deve ter a função de, após a realização do grupo, complementar o relato dos acontecimentos (WESTPHAL et al, 1996; NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Em dezembro de 2015, foram realizados grupos focais com residentes da primeira turma, isto é, residentes que iniciaram a residência em 2014 e estavam cursando o último semestre dos programas. Foi utilizado um roteiro norteador, cujos tópicos foram: processo de trabalho; preceptoria; fatores favorecedores e dificultadores do processo de ensino-aprendizagem (ANEXO 1).

A amostra foi intencional, isto é, foram convidados a participar do estudo todos os sujeitos com possibilidade de fornecerem as informações úteis para a pesquisa (PATTON, 2002). Foram convidados os 35 residentes das categorias profissionais de nível superior que compunham a equipe básica de Saúde da Família (enfermagem, medicina e odontologia).

Os grupos focais foram realizados em sala apropriada, na Regional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba. Os encontros foram gravados com gravador de áudio, transcritos e posteriormente analisados.

Este trabalho constituiu parte de um projeto de pesquisa denominado “Potencialidades e desafios de um programa de Residência em Saúde da Família: percepções de preceptores e de residentes”, que foi enviado para análise e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, tendo obtido aprovação em 09/04/2015, conforme parecer nº 983.052 (ANEXO 2).

Os residentes participaram mediante consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3), de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). O Termo de Consentimento foi assinado pelo participante e pela pesquisadora, em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra, com o participante.

#### 4.2. ANÁLISE DO MATERIAL OBTIDO

Na análise, o material foi organizado a partir de sua divisão em partes e posterior relação dessas partes umas com as outras, procurando identificar tendências e padrões relevantes (LUDKE e ANDRÉ, 2013), que não obedeceram a um referencial anteriormente definido. Assim, a opção foi por uma focalização mais aberta (ALVES-MAZZOTTI, 1998), de tal forma que as categorias surgissem do próprio material, sendo que algumas delas sofreram a influência do roteiro utilizado na pesquisa.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os Resultados e Discussão desta Dissertação serão apresentados no formato de artigo científico, possibilidade essa aprovada em decisão da CPG e do corpo docente em reunião (28/09/2015) do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva CRH/SES-SP, ministrado no Instituto de Saúde.

## **Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016)**

### **RESUMO**

**Introdução:** No Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação de novos modelos assistenciais, como a Estratégia Saúde da Família, vem demandando uma qualificação dos profissionais, para a qual é necessária a incorporação, no âmbito da formação, do campo real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores. Nessa direção, na modalidade de pós graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, o Ministério da Saúde apoia os Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde. No município de Sorocaba – SP, por meio do Sistema Municipal Saúde Escola, implantado em setembro de 2013, e em parceria com universidades locais, foram criados alguns programas de Residência, dentre eles o de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família. **Objetivo:** Identificar e analisar as percepções da primeira turma de residentes (2014-2016) a respeito de sua experiência nos Programas de Residência em Saúde da Família. **Método:** Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, com a técnica do grupo focal. Foram realizados grupos focais com residentes da primeira turma (que teve início em 2014) que compõem a equipe básica de Saúde da Família (enfermagem, medicina e odontologia). Na análise, o material foi organizado a partir de sua divisão em partes e posterior relação dessas partes umas com as outras, procurando identificar tendências e padrões relevantes. **Resultados:** Da análise do material, foram obtidas quatro categorias: a) as várias mudanças de 2014; b) a preceptoria e a tutoria; c) a estruturação do programa; d) a percepção do aprendizado ao final da residência. **Discussão:** Vários dos pontos críticos apontados pelos residentes são semelhantes às experiências de implantação de residência em Saúde da Família em outros municípios: dificuldades nas parcerias entre as instituições de ensino e a rede de saúde local, falta de interação entre tutores e preceptores, falta de preceptores preparados para a função e falta de preparo dos demais profissionais das unidades para a absorção e o trabalho conjunto com os residentes. Apesar dessas dificuldades, os residentes consideraram que a experiência vivida foi muito instigante e proveitosa. **Considerações finais:** O estudo aponta um caminho possível e interessante para a formação dos profissionais de saúde para o SUS, especialmente para sua principal estratégia de organização da Atenção Básica, que é a Estratégia de Saúde da Família.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação; Internato e Residência.

**ABSTRACT**

**Introduction:** In the Brazilian Unified Health System, the implementation of new care models, like the Family Health Strategy, has been demanding a professional qualification, for which the incorporation - regarding training, the actual field, day-to-day practice of professionals, users and managers - is required. In this direction, in *lato sensu* post-graduation modality, characterized by in-service training, the Ministry of Health supports the Medical and Multiprofessional Residency Programs. In the city of Sorocaba - SP, through the Municipal Health School System, implemented in September 2013, and in partnership with local universities, several Residency programs have been created, among them the Family Health Residency Program. **Purpose:** To identify and analyze the first class of residents' perceptions regarding their experience in the Family Health Residency Program. **Method:** The qualitative research approach, with the focus group technique was used. Focus groups with first class residents that made up the Family Health core team (nursing, medicine and dentistry) were used. In the analysis, the material was organized from its split into parts and subsequent relationship of these parts to each other, in order to identify relevant trends and patterns. **Results:** From the analysis of the material, four categories were obtained: a) the various changes in 2014; b) the preceptorship and mentoring; c) the program structuring; d) the perception of learning at the end of the Residency. **Discussion:** Several of the critical points raised by the residents are similar to implementation experiences of residence in Family Health in other cities: difficulties in partnership between educational institutions and the local health network, lack of interaction between tutors and mentors, lack of preceptors fit for the role, and lack of preparation of other professionals from the units for absorption and working together with residents. Despite these difficulties, residents have considered the lived experience to be very exciting and profitable. **Final considerations:** The study suggests a possible and interesting way to the training of health professionals for the Unified Health System, especially for its main organization strategy of Basic Attention, which is the Family Health Strategy. **Potential applicability:** Important elements were obtained for adjustments for the next classes of the Program. In addition to these adjustments, the results of this work will be presented to the collegiate management of residency programs, to the Health Education Field, to partner Universities, and other institutions, in order to discuss and develop strategies that promote greater integration and co-responsibility for the training process.

Key words: Primary Health Care; Family Health Strategy; Education; Internship and Residency.

## INTRODUÇÃO

### A RESIDÊNCIA E A FORMAÇÃO PARA O SUS

O desenvolvimento e a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) dependem, em grande parte, da formação de profissionais qualificados para o trabalho nesse contexto, o que constitui ainda grande desafio. Embora as instituições formadoras venham implementando iniciativas de reformulação de ensino a partir de uma concepção pedagógica mais crítica e reflexiva, essas iniciativas convivem ainda com um modelo pedagógico centrado em conteúdos, orientado pelo modelo biomédico, fragmentado e especializado, com valorização de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). A adoção desse modelo tem dificultado tanto a compreensão dos determinantes sociais como a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença da população. Por outro lado, os serviços de saúde, apesar do empenho em buscar cumprir os preceitos do SUS, têm investido muito pouco na qualificação dos seus trabalhadores, com envolvimento superficial e descontínuo junto às instituições de ensino da área da saúde. A desarticulação acumulada entre os setores educacional e de prestação de serviços não tem favorecido o processo de construção do SUS.

A implantação de novos modelos assistenciais, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), eleita pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária da Atenção Básica, demanda uma ampliação no desenvolvimento de competências dos profissionais, tais como: trabalho em equipe, comunicação, capacidade de resolver problemas e de enfrentar as constantes mudanças da

realidade. Assim, para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários, é imprescindível qualificar os profissionais, incorporando, no âmbito da formação, o campo real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores (BARRETO et al, 1999).

Nesta direção, o Ministério da Saúde (MS), em articulação com o Ministério da Educação (MEC), ao apoiar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001, para os cursos da área da saúde, intensificou seu papel ordenador das políticas de formação, incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Como exemplos, temos as DCN para o curso de medicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001a)<sup>6</sup>, as do curso de enfermagem (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b) e os do curso de odontologia (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002). Projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) sinalizam a ação indutora do Ministério para promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde. Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, o MS apoia os Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde<sup>7</sup>, por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde (CECCIM e FERLA, 2003; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010). As perspectivas teórico-pedagógicas dos Programas devem ser convergentes com as

---

<sup>6</sup>Em 2014, foram implantadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área de Medicina, em que o desenvolvimento de competências e a direcionalidade da formação para a Atenção Básica e para o perfil do médico generalista são intensificadas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

<sup>7</sup>As residências multiprofissionais da área da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005), são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

necessidades do serviço, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilitando o disparar de mudanças de modelo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), em consonância com as diretrizes do SUS.

Ao considerar o trabalho como elemento norteador da formação profissional, a proposição das Residências em Saúde (Médica e Multiprofissional) tem o intuito de articular trabalho e educação na saúde, criando mais um espaço de fomento, produção e consolidação de saberes e práticas. No âmbito específico da Estratégia de Saúde da Família (ESF), essa articulação é fundamental, já que a ESF vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso País. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, ao levar a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. Trata-se de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

#### A organização do trabalho na Atenção Básica

*“consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos*



*resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c, p. 58)*

## A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOROCABA

O município de Sorocaba está localizado a 96 km da capital paulista. É a quinta cidade em desenvolvimento econômico do estado, tendo um crescimento populacional de aproximadamente 20% na última década. A população estimada para 2015, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, é de 644.919 habitantes (IBGE, 2016).

O processo de implantação da ESF em Sorocaba teve início em 1997, como projeto piloto, visando à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas, inicialmente de forma paralela à estrutura de atenção existente em duas unidades de saúde, cada uma com duas equipes. Até o início de 2014, contava com 16 equipes de Saúde da Família, distribuídas em cinco das 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município. O projeto atual de expansão da ESF conta com a participação de 39 médicos do Programa Mais Médicos do MS (BRASIL, 2013), totalizando 44 equipes em 14 UBS, atingindo uma cobertura de 27,6%. A definição sobre quais UBS passariam pelo processo de transformação em ESF foi coletiva, intersetorial e baseada em indicadores de saúde.

Em setembro de 2013, foi homologada a Lei Municipal 10.579, que instituiu o Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) do município de Sorocaba (SOROCABA, 2013). O SMSE é orientado pelo Programa Nacional de Educação Permanente para o desenvolvimento de trabalhadores, em conformidade com os princípios do SUS, visando tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. É composto

pelos serviços de saúde próprios do município em parceria com instituições de ensino e demais serviços de saúde. Estabelece que cada unidade do sistema de saúde municipal constitui cenário para ensino-aprendizagem e que desenvolverá atividades de extensão universitária, aprimoramento, especialização, residência médica e multiprofissional em saúde.

Durante o ano de 2014, muitas mudanças estruturais ocorreram na rede. A implantação de novas equipes de ESF em nove UBS com a chegada de médicos intercambistas (Programa Mais Médicos), a implantação dos programas de residências em saúde e a expansão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), transformou, em curto espaço de tempo, unidades em ESF (USF) e em cenários de formação. Concomitantemente, houve reforma administrativa da SMS, criação da Área de Educação em Saúde (AES), descentralização da gestão com a estruturação de coordenações regionais, composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e início do processo de matriciamento em Saúde Mental. Nesse ano, esforços foram concentrados nas ações de sensibilização em ESF através de capacitação de multiplicadores das 14 USF, sob coordenação da AES e das Regionais de Saúde.

Com o apoio do MS e do Ministério da Educação (MEC), foram implantados cinco programas de residência (com um total de 107 residentes matriculados para as 139 vagas), em três áreas: Saúde da Família (SF), Saúde Mental e Urgência e Emergência, que tiveram início em abril de 2014.

Especificamente na primeira turma das residências em SF, que compreendem a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, isto é, os programas que desenvolvem a formação sob a perspectiva da ESF, foram matriculados 53 residentes: Medicina (04), Educação Física (3), Enfermagem (28), Farmácia (3), Fisioterapia (3), Fonoaudiologia (1), Nutrição (3), Odontologia (3), Psicologia (3), Serviço Social (3), Terapia Ocupacional (3). Destes residentes, 35 foram

inseridos nas equipes básicas de SF (enfermeiros, dentistas e médicos); os demais, nas equipes do NASF.

De acordo com Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) vigente na ocasião da implantação dos programas de residência multiprofissional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010), dois tipos de instituição estavam envolvidos com os programas: as formadoras e as executoras. A instituição formadora é a Instituição de Ensino Superior (IES) que oferece o programa de residência em parceria com a instituição executora, responsável pelos locais onde se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática do programa de residência (48 horas semanais), denominados de cenários de prática que, no município de Sorocaba, são: a rede de Atenção Primária do município, a Rede de Atenção Psicossocial, Urgência e Emergência, Ambulatórios de Especialidades e Área de Vigilância em Saúde.

Os programas de Residência Multiprofissional ofertados até 2015 eram obrigatoriamente vinculados às IES, sendo que em Sorocaba, a vinculação era com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

Dentre as responsabilidades das instituições de ensino formadoras, temos: elaborar o Projeto Pedagógico, em parceria com a Secretaria da Saúde de Sorocaba; realizar o processo seletivo dos candidatos à residência; participar no processo de formação e capacitação de preceptores e tutores; disponibilizar estrutura física para o desenvolvimento das atividades teóricas de ensino e pesquisa, envolvendo biblioteca, salas de aula, laboratórios didáticos, recursos audiovisuais e acesso à Internet; comprometer-se com a gestão compartilhada do programa.

As principais responsabilidades da Secretaria da Saúde são: auxiliar a IES na elaboração do Projeto Pedagógico; colaborar e compor a COREMU<sup>8</sup> em

---

<sup>8</sup>COREMU: Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde: colegiado deliberativo, ligado a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) do Ministério da

parceria com as Instituições de Ensino; participar do processo seletivo dos preceptores e tutores em parceria com as Universidades, COREME<sup>9</sup> e COREMU; disponibilizar e adequar à estrutura física, material e de recursos humanos nos cenários de prática dos programas; remunerar os serviços executados, incluindo a cobertura de despesas administrativas, dentro dos prazos pré-estabelecidos; efetuar diretamente o pagamento das bolsas/remunerações dos profissionais da Prefeitura envolvidos nos programas.

Há vários atores envolvidos nos Programas de Residência; dentre eles, temos:

- docentes: profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras, participando do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas;
- tutores: realizam atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes;
- preceptores: são profissionais da rede municipal de saúde, responsáveis pela recepção, acompanhamento e avaliação das atividades dos residentes.

Para a residência multiprofissional, são atribuídas ao preceptor algumas funções: ser a referência prática para o residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção; orientar e acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades teóricas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Pedagógico da residência em questão; facilitar a integração do residente com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos) e com residentes de outros programas; identificar dificuldades e problemas de qualificação do residente relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas, de modo a proporcionar a aquisição

---

Educação, encarregada pela deliberação, planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das Residências Multiprofissionais em Saúde realizadas pela SMS em parceria com Instituições de Ensino Superior, de acordo com a Portaria Interministerial nº 45 de 12/01/2007 (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007), alterada pela Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

<sup>9</sup>COREME: Comissão de Residência Médica em Saúde da Secretaria da Saúde de Sorocaba: é um colegiado deliberativo, ligado a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação conforme Resolução CNRM Nº 2, de 03/07/2013 (BRASIL, 2013).

das competências previstas no Projeto Pedagógico do programa e contribuir com a implementação do Projeto Pedagógico do programa (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012).

No que tange à formação de preceptores, a partir de 2015, foram ofertados cursos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês e pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Os residentes recebem bolsa do Ministério da Saúde, sendo que os residentes médicos recebem uma complementação da bolsa financiada pela Prefeitura do Município de Sorocaba (PMS). Todos os preceptores da rede municipal fazem jus ao recebimento de um incentivo financeiro. Os docentes, tutores e coordenadores dos programas fazem jus ao recebimento de um incentivo financeiro municipal através de convênio firmado entre a PMS e as Instituições de Ensino.

Constituiu objetivo geral do trabalho o de identificar e analisar a percepção dos residentes da primeira turma (2014-2016) a respeito de sua experiência nos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família. Seus objetivos específicos foram os de identificar e analisar a percepção dos residentes sobre os seguintes aspectos envolvidos no seu processo de formação profissional ao longo dos Programas de Residência em Saúde da Família: o processo de trabalho; a preceptoria; as potências e os desafios do processo de ensino-aprendizagem.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

### **DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, pois o estudo pretendeu conhecer as percepções das pessoas que fazem parte do contexto a ser estudado (TURATO, 2003).

A técnica escolhida foi a do grupo focal, que tem como objetivo principal obter informações e realizar constatações, sem provocar mudanças *a priori*. Foram observadas as principais recomendações com relação a essa técnica, que são: o grupo deve ser composto, preferencialmente, por, no mínimo, seis e, no máximo, quinze pessoas; o moderador deve propor as questões aos participantes, mantendo o foco da discussão, realizando sínteses e retomando o assunto, em eventuais desvios; o observador deve ter a função de, após a realização do grupo, complementar o relato dos acontecimentos (WESTPHAL et al, 1996; NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Foi utilizado um roteiro norteador, cujos tópicos foram: processo de trabalho; preceptoria; potências e desafios do processo de ensino-aprendizagem.

A amostra foi intencional, isto é, foram convidados a participar do estudo todos os sujeitos com possibilidade de fornecerem as informações úteis para a pesquisa (PATTON, 2002). Foram convidados os 35 residentes das categorias profissionais de nível superior que compunham a equipe básica de Saúde da Família (enfermagem, medicina e odontologia).

Em dezembro de 2015, foram realizados dois grupos focais, cada um com a seguinte composição e duração: Grupo Focal 1 (GF1): 5 enfermeiras e 4 médicos, com duração de 1h32m; Grupo focal 2 (GF2): 6 enfermeiras e 1 dentista, com duração de 1h47m.

Os grupos focais foram realizados em sala apropriada, na Regional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba. Os encontros foram gravados em áudio, transcritos e posteriormente analisados.

Este trabalho constituiu parte de um projeto de pesquisa denominado “Potencialidades e desafios de um programa de Residência em Saúde da

Família: percepções de preceptores e de residentes”, que foi enviado para análise e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, tendo obtido aprovação em 09/04/2015, conforme parecer nº 983.052. Os residentes participaram mediante consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento foi assinado pelo participante e pela pesquisadora, em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra, com o participante.

## ANÁLISE DO MATERIAL OBTIDO

Na análise, o material foi organizado a partir de sua divisão em partes e posterior relação dessas partes umas com as outras, procurando identificar tendências e padrões relevantes (LUDKE e ANDRÉ, 2013), que não obedeceram a um referencial anteriormente definido. Assim, a opção foi por uma focalização mais aberta (ALVES-MAZZOTTI, 1998), de tal forma que as categorias surgissem do próprio material, sendo que algumas delas foram influenciadas pelo roteiro utilizado na pesquisa.

## RESULTADOS

Os participantes mostraram-se muito interessados em falar sobre sua experiência como residentes. Da análise do material, foram obtidas quatro categorias: a) as várias mudanças de 2014; b) a preceptoria e a tutoria; c) a estruturação do programa; d) a percepção do aprendizado ao final da residência.

## AS VÁRIAS MUDANÇAS DE 2014

As várias mudanças ocorridas em 2014 no contexto da saúde do município foram ressaltadas pelos residentes.

*“A gente veio com tudo: com Saúde da Família, com o Mais Médicos, os agentes comunitários... então, é muita mudança ao mesmo tempo.” (GF1)*

*“... todo mundo aprendendo junto acaba sendo meio atrapalhado mesmo.” (GF2)*

Em relação à implantação da ESF, os residentes perceberam resistência dos profissionais das unidades: dificuldade de compreensão sobre o que seria a ESF e de como seria o processo de trabalho nessa nova modalidade.

*“De repente aumentou essa cobertura... [os profissionais diziam] ‘ah, ninguém me perguntou o que é esse lance de Saúde da Família’; ‘por que visita nas casas?’; ‘já basta a demanda que a gente tem’... então são várias resistências que pude observar.” (GF1)*

*“Quando a gente recebeu as ACS, elas iam para o território e voltavam com problemas, com demandas para a gente resolver – porque quem procura acha – e até entender o funcionamento desse processo demorou um pouco, porque não havia tempo para fazer reunião, para fazer grupo.” (GF1)*

Os relatos dos residentes mostram que não houve preparo suficiente em escala e em tempo oportuno das unidades para a introdução da Residência.

*“Faltou a uma parte da gestão, a sensibilização para a chegada dos residentes para a rede...” (GF1)*

*“[Faltou] até mesmo entender o que é o residente, o papel do residente, que não é um estagiário, mas também não é*



*um funcionário público; [faltou] entender o que é um preceptor.” (GF1)*

Ao mesmo tempo em que esse conjunto de mudanças acarretou dificuldades, também ofereceu uma possibilidade importante de aperfeiçoamento, na qual os residentes tiveram seu papel, ao provocar necessidade de conhecimento e de realização de novas atividades pelas unidades.

*“A gente [como residente] faz muitas vezes o papel de estimular... na busca do conhecimento, na melhoria do acolhimento e do tratamento com a comunidade...” (GF1)*

*“O serviço cresceu com os residentes; foram criadas agendas que antes não existiam, então, por exemplo, não funcionam 100% todos os programas... a gente sabe que algumas enfermeiras não atendiam a agenda do PAC [Programa de Atenção à Criança]; com a chegada dos residentes, elas se viram na obrigação de abrir a agenda... isso foi um crescimento para o serviço.” (GF1)*

## A PRECEPTORIA E A TUTORIA

Os residentes ressaltaram a falta de preparo de alguns preceptores tanto para trabalhar na ESF como para orientá-los e acompanhá-los<sup>10</sup>.

*“Tem muito preceptor que não está preparado para ser preceptor, para trabalhar na ESF.” (GF1)*

*“[O preceptor] não era preparado para SF, para conduzir os casos, achar um tempo para discutir caso, para ir na reunião de equipe, fazer uma VD<sup>11</sup>.” (GF2)*

---

<sup>10</sup>Vale ressaltar que os cursos de especialização e aprimoramento do preceptor foram ofertados em 2015, quando os residentes já estavam no segundo ano.

*"Na minha realidade, acredito que a preceptoria deixa a desejar e muito, pois não tem prática em ESF, falta proatividade, que eu acredito ser muito importante." (GF 1)*

A falta de preparo na dimensão técnica de alguns preceptores também foi citada.

*"Várias situações [difíceis]... bem pontuais, de técnica... [aconteceram] quando colocados o preceptor e o residente... Você, como residente, sabe fazer; seu preceptor, que teoricamente é seu supervisor, não sabe... Aí fica essa questão do despreparo do preceptor, que devia ser mais avaliado, mais estudado pros próximos anos." (GF 2)*

Os participantes dos grupos focais relataram que os preceptores tinham uma carga grande de trabalho, o que comprometia sua disponibilidade para com os residentes.

*"Sinto falta dessa proximidade com a preceptora... quando tem um caso que a gente precisa conversar, tem que sair correndo pelo corredor falando com ela... ela tem uma carga grande de trabalho, não tem tempo, carrega a unidade nas costas e aí não tem essa iniciativa de 'vou pegar meus residentes hoje e ver o que eles estão precisando'..." (GF2)*

*"Se o gestor entendesse que [o preceptor] poderia ter uma demanda menor, teria maior oportunidade de discussão de casos." (GF1)*

Alguns preceptores foram percebidos como interessados na sua função e outros não.

---

<sup>11</sup>Visita Domiciliar.

*“Eu percebo, pelo menos na minha unidade, que os preceptores gostariam de fazer parte de cursos de capacitação... de presenciar as reuniões e as aulas de que os residentes participam.” (GF1)*

*“Não dá para generalizar... uns estão [na preceptorial] porque gostam, estão aprendendo junto com o residente e com esse novo modelo que o município implantou; outros, [estão] pela recompensa financeira...” (GF1)*

Quanto à tutoria, os relatos dos residentes revelam que alguns tutores tiveram atuação positiva com relação aos residentes. Outros não tinham experiência em ESF e eram pouco atuantes em relação à orientação do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) e ao apoio e direcionamento da atividade de preceptorial.

*“Eu tive um grande apoio em relação a tutor, em relação a incentivo, incentivo à pesquisa, à teoria e até incentivo para continuar na residência.” (GF1)*

*“Desde que pisei na unidade nunca vi o tutor por lá, nunca se reúne com a gente... nem orientação de TCC... nem sabem o que é Estratégia de Saúde da Família.” (GF2)*

## A ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA

Os residentes sentiram falta de um “plano de ensino”, de um percurso formativo, de uma agenda programada. Sentiram-se, de maneira geral, “engolidos pela demanda”, “tocando fichas”, com a gestão cobrando produção.

*“Falta tempo para exercer outras atividades relacionadas à Saúde da Família, atividades que a gente poderia incluir*

*na unidade e que não existem pela falta de tempo dos profissionais, pelo alto número de usuários...” (GF1)*

*“A gente é engolido pela demanda mesmo, é muito difícil a gente conseguir discutir caso e ter um tempinho para falar das coisas da unidade, [sobre] o que está bom e o que não está.” (GF2)*

Os residentes fazem paralelos entre a residência na rede básica e as residências das universidades, ressaltando que a vantagem da primeira é o contato com a realidade do paciente e a perspectiva de vínculo que se mantém longitudinalmente. Já na universidade, a vantagem é de mais tempo para conteúdo teórico e discussões de caso.

*“Uma vantagem que eu vejo, além de você fazer uma construção coletiva, é que você tem essa oportunidade de estar na beira do sistema, [ver] como ele funciona... [Porque] não adianta você saber do Zezinho, só a pneumonia dele, eu quero saber onde ele mora, com quem ele vive, onde trabalha... é um panorama e uma autonomia de construir nossa agenda, de aumentar o vínculo, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade.” (GF1)*

*“Eu participei de reuniões de residentes que estão fazendo residência de MFC em universidades e isso é um total diferencial... na USP e na UNICAMP, você percebe que é menos tocação de agenda e mais conhecimento, roda de conversa, mais tempo pra conteúdo teórico... o foco é o aprendizado.” (GF1)*

Quanto às universidades envolvidas na residência em Saúde da Família de Sorocaba, os residentes consideraram muito frágil o vínculo com o serviço e com o próprio Programa.

*“Eu senti muita falta de a universidade se envolver mais na residência, não só cedendo espaço, mas se interessando, indo no serviço também...” (GF1)*

*“... o conteúdo que a gente vê durante as aulas teóricas muitas vezes não é aplicado na prática e aquele [conteúdo] de que a gente realmente necessita não é abordado.” (GF1)*

A inserção dos residentes nas equipes foi, em algumas unidades, um processo tardio, o que prejudicou sua vinculação à equipe.

*“Fomos bem recebidos, mas não era bem definido o que a gente ia ser lá... então... fomos engolidos pela demanda como profissionais da unidade... e não como residentes... até que o coordenador definiu: você vai ficar nessa equipe... aí que começamos mesmo a ser inseridos nas equipes e trabalhar como residentes na ESF... demorou alguns meses.” (GF2)*

A experiência de prática integrada na unidade foi, em alguns casos, deficitária. A visita domiciliar foi uma oportunidade de vivenciar a prática junto com outros profissionais.

*“Na nossa unidade não vejo que tenha tanta integração-pessoal de enfermagem pra lá, os médicos pra cá, os dentistas no consultório; o único momento que interagem um pouco mais é nas visitas domiciliares.” (GF1)*

Tanto o estágio eletivo — em que os residentes de enfermagem e odontologia do segundo ano saem da unidade e conhecem a rede — como a programação nos pontos de atenção do sistema para os residentes de medicina — estágios nas especialidades médicas, realizados no segundo ano — foram considerados interessantes e importantes. Porém, conforme os participantes dos grupos focais, essa experiência deveria ser ofertada no primeiro ano com o

objetivo de o residente conhecer os principais pontos de atenção da rede, visando à integralidade do cuidado.

*“Uma das potencialidades que eu vejo das residências é o acesso total e irrestrito na unidade básica de saúde e nos demais serviços da rede... isso é muito bom, porque tem um amplo serviço oferecido... o que falta realmente é concatenar.”* (GF1)

*“Seria muito importante [que o estágio eletivo] não acontecesse no término do R2 e sim no início do R1.”* (GF1)

*“Acho que poderíamos ficar na USF ao longo de toda a residência, com os cenários de especialidades em formato de rodízio desde o início do primeiro ano.”* (GF2)

## A PERCEPÇÃO DO APRENDIZADO AO FINAL DA RESIDÊNCIA

As aulas conjuntas durante o primeiro ano foram apontadas como um diferencial da residência, promovendo a integração entre as diferentes categorias profissionais.

*“O divisor no primeiro ano foram as reuniões clínicas multiprofissionais... houve troca mútua nas discussões, óticas diferentes do enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo... [foi rico] para mim, para minha vida profissional, para o meu refinamento enquanto equipe.”*(GF1)

A alta demanda e a carga horária intensa, com vivência diária de várias situações diferentes, proporcionaram grande aprendizado, preparando os profissionais para a prática.

*“Apesar de ter quase 10 anos de formada, o aprendizado foi gigantesco.” (GF1)*

*“A gente percebe que teve uma formação, um olhar mais ampliado... a gente descobre como foi importante essa formação.” (GF2)*

Conforme os participantes dos GF, a experiência vivida no programa fez com que se sentissem seguros para atuar na rede.

*“A gente tem campos de aprendizado muito bons; o residente consegue ser inserido em vários locais... eu acho que, da rede, nós somos as pessoas mais capazes, no momento, de atuar com a comunidade... a gente consegue ter uma visão melhor que os próprios funcionários da unidade... eu saio me sentindo muito capaz de atuar numa rede.” (GF2)*

*“Todo mundo está saindo muito melhor do que entrou, é uma coisa que a gente tem muito claro. Por mais que existam críticas à residência... eu não tenho dúvida nenhuma de que todo mundo que está saindo daqui aprendeu muito e vai levar essa vivência. E os que puderem ficar na rede vão somar para a prefeitura.” (GF1)*

*“Tivemos contato com pessoas de outras especialidades... estivemos em outras situações da prática profissional... então somos pessoas que saem com uma visão humanizada do processo de trabalho. Ganha o município, ganha a Saúde, ganha o País.” (GF1)*

Constatar que o município estava ousando ao investir na Atenção Básica foi estimulante para os residentes.

*“Sorocaba é um cenário ímpar porque a gente está num processo de estruturação e expansão da Estratégia de*

*Saúde da Família... com certeza a residência tem me proporcionado essa visão bem rica nos diversos cenários.”*

(GF1)

*“... isso mostra que o município está interessado, sim, em investir na Atenção Básica... foi um grande avanço e muita ousadia do município.”* (GF2)

## **DISCUSSÃO**

Em primeiro lugar, é necessário ressaltar que os residentes consideraram a implantação das residências, referindo-se especialmente à de Saúde da Família, como uma ousadia do município de Sorocaba. Essa ousadia está ligada a uma visão da SMS de Sorocaba, de que o sistema de saúde deve atuar como um “sistema de saúde escola”, ou seja, que a transformação das práticas de saúde nos serviços e a transformação dos processos de ensino aprendizagem estão mutuamente implicadas e requerem a adoção de uma concepção ampliada de saúde. A estratégia de “sistema de saúde escola” é uma alternativa que permite acelerar a formação e capacitação de profissionais de saúde em coerência com os princípios e diretrizes do SUS, bem como propicia a construção de cenários realistas de ensino e de prestação de serviços, constituindo estratégia para superação do modelo biomédico, ao incorporar aos elementos físicos, outros elementos essenciais à compreensão do processo de saúde e doença (elementos psicológicos, sociais e ambientais) (BARRETO et al, 2007).

Conforme apontaram os participantes dos grupos focais, a inserção dos residentes, acompanhada da ampliação da ESF no município, do início das atividades dos ACS, da implantação do Programa Mais Médicos e de outras



tantas mudanças teve como consequências algumas dificuldades que foram enfrentadas por essa primeira turma.

Pelos relatos dos participantes dos grupos focais, fica claro que, na implantação da Residência, não houve tempo hábil para um planejamento conjunto entre ensino e serviços. Assim, tal como no estudo de Oliveira (2007), tutores e preceptores não foram devidamente preparados para exercer sua função. No que diz respeito ao preparo dos preceptores, embora a universidade e a SMS tenham tido a atribuição de promover estratégias de formação dos preceptores, foram promovidos poucos encontros específicos com os mesmos. Assim, a maior parte deles iniciou sua formação em 2015, nos cursos ofertados aos preceptores, quando os residentes estavam em seu segundo ano de residência. Esse fato ocasionou um atraso no desempenho adequado dos preceptores em sua função.

A necessidade que os participantes dos grupos focais sentiram de uma estruturação de estratégias pedagógicas e de organização da vivência prática surgiu a partir da experiência de trabalhar com uma demanda muito alta, sendo “engolidos pela agenda”, conforme expressão dos residentes que, em algumas unidades, passaram a trabalhar como se fossem funcionários da unidade. Oliveira (2007), em estudo realizado em residência na AB na zona leste do município de São Paulo, também relatou esse tipo de necessidade. Da mesma forma, Fernandes (2013) encontrou dificuldades no âmbito da estruturação da residência, em estudo realizado com residentes da AB em Santa Maria – RS. Assim, percebe-se a dificuldade para a realização de um aspecto fundamental: a articulação da gestão, dos residentes e dos trabalhadores dos serviços de saúde que atuam no contexto da residência. A organização e a estruturação paulatina do processo pode se valer da criação de espaços reflexivos, recomendados por Barreto et al (2007) como importantes em atividades do “sistema saúde escola”.

O trabalho em equipe, conforme relato dos participantes dos grupos focais, foi um importante aprendizado e enriqueceu a experiência prática, apesar de, em muitas unidades, a integração nas equipes ter-se dado de forma tardia. Percepções semelhantes foram encontradas no estudo de Fernandes (2013), o qual revelou que os residentes consideraram prazerosa a possibilidade de trabalhar em equipe, integrando profissões e compartilhando conhecimentos e saberes. Conforme o Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional de Sorocaba (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA, 2013), o trabalho em equipe tem grande importância na formação e qualificação dos trabalhadores em saúde, por permitir a construção de um novo conhecimento, que tenha impacto na resolução de problemas de saúde da população. A dimensão profissional requer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, cuja atuação conjunta deve potencializar a integralidade da atenção à saúde (BARRETO et al, 2007).

A VD foi citada pelos residentes como oportunidade de desenvolvimento de trabalho em equipe. De fato, além de propiciar essa interação entre os profissionais, ela é importante meio de aproximação entre a ESF e as famílias, favorecendo uma comunicação voltada ao entendimento mútuo e facilitando ao profissional compor a busca da eficácia técnica (êxito técnico) com a compreensão da subjetividade dos pacientes e familiares (sucesso prático) (BORGES e OLIVEIRA, 2011). A construção de novas relações entre os usuários e a equipe e a formação de vínculo entre esses propicia integralidade e humanização da atenção (MANDÚ et al, 2008).

As sugestões de mudança com relação à antecipação da experiência em outros pontos de atenção da AB (estágios eletivos e estágios nas especialidades médicas), além das USF, consideradas muito importante pelos residentes, vão ao encontro do que preconizam Barreto et al (2007), com relação à estruturação de um “sistema de saúde escola”: o processo de

trabalho em saúde não se limita ao campo específico do serviço, da unidade de saúde, mas se insere na dinâmica do território, do sistema como um todo.

Os participantes dos grupos focais relataram que houve uma distância entre os conteúdos teóricos ofertados e a prática vivenciada. De maneira semelhante, no estudo de Fernandes (2013), os residentes referiram que as atividades teóricas foram proveitosas, mas também restritas, com pouca articulação da teoria com a prática. Dessa forma, uma das dimensões preconizadas pelo modelo do Sistema de Saúde Escola (BARRETO et al, 2007), que é o envolvimento conjunto dos gestores da saúde e da educação, durante todo o processo, propiciando a tomada de decisões para a melhor aplicação dos recursos da saúde e da educação, não foi conseguido.

O conjunto de dificuldades relatadas pelos participantes dos grupos focais está em consonância com os problemas encontrados em outras realidades em que foram implantadas residências na AB: dificuldades nas parcerias entre as instituições de ensino e a rede de saúde local, falta de interação entre tutores e preceptores, falta de preceptores preparados para a função e falta de preparo dos demais profissionais das unidades para a absorção e o trabalho conjunto com os residentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essas semelhanças alertam para os principais pontos críticos da implantação de Programas de Residência na Atenção Básica, especialmente no âmbito da ESF.

Por outro lado, conforme a percepção do processo pelos residentes deste estudo, ao final dos dois anos da Residência, um dos objetivos referidos no Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional (PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA, 2013) – de que os profissionais de saúde estejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional foi, se não totalmente, ao menos parcialmente, atingido. E esse perfil se faz necessário para que ocorra a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo de todos os aspectos relacionados à saúde individual e coletiva.

Do mesmo modo – conforme a percepção que os residentes tiveram sobre seu aprendizado – pode-se afirmar que, ao menos em parte, alguns aspectos fundamentais na formação de profissionais (CAMPOS et al, 2012) foram desenvolvidos, pois, pela participação nos grupos focais, percebe-se que os residentes refletiram sobre o meio em que vivem, adotaram uma postura crítica em relação ao seu trabalho e ao conhecimento apreendido e valorizaram o trabalho em equipe.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A participação ativa dos residentes na discussão forneceu material substancial referente aos principais componentes dos programas de Saúde da Família de Sorocaba, permitindo, assim, que se possam fazer ajustes para as próximas turmas, como, por exemplo: aperfeiçoamento da formação e apoio aos preceptores; melhoria na interação da universidade com os serviços; envolvimento mais intenso dos tutores; reestruturação e reorganização do programa a partir da construção de um itinerário formativo e de atividades teórico-práticas integradas; criação de espaços reflexivos nas unidades, envolvendo residentes, preceptores e demais funcionários; inclusão dos gestores nas reuniões de acompanhamento e avaliação do programa.

A experiência aqui relatada aponta um caminho possível e interessante para a formação dos profissionais de saúde para o SUS, especialmente para sua principal estratégia de organização da Atenção Básica, que é a Estratégia de Saúde da Família.

### **Limitações do estudo**

Como aproximadamente metade dos residentes convidados aceitou o convite, não foi possível conhecer as percepções do conjunto dos residentes das equipes básicas.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alves-Mazzotti AJ. O método nas Ciências Sociais. In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F, organizadores. O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998.

Barreto ICH, Oliveira ENO, Andrade LOM, Sucupira ACL, Linhares MSC, Sousa GA. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. *Sanare.Revista Sobralense de Políticas Públicas*. 1999;1(1):18-26.

Barreto ICHC, Andrade LOM, Ellery AEL, Silva MRF, Loiola F. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. *Tempus Acta Saúde Coletiva*. 2007;1(1):379-396.

Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):461-72.

Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 23 out 2013.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis ns. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 1 jul. 2005.

Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº 2, de 3 de julho de 2013. Diário Oficial União. 10 jul 2013.

Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2012.

Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p.211-224.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.

Fernandes MNS. Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde [dissertação de mestrado]. Santa Maria-RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo – Sorocaba. Rio de Janeiro: 2016 [acesso em 14 mar 2016]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355220&search=sao-paulo|sorocaba>.

Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2013.

Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Ana Maria Silva AMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008;17(1):131-40.

Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. Diário Oficial União. 5 maio 2010;Seção 1:14.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.

Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. Diário Oficial União. 9 nov 2001b;Seção 1:37.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina. Diário Oficial União. 9 nov 2001a;Seção 1:38.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em odontologia. Diário Oficial União. 4 mar 2002;Seção 1:10.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial União. 23 jun 2014 Seção 1:8-11.

Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial União 15 jan 2007.

Ministério da Educação. Resolução Nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Diário Oficial União. 22 jul 2015;138;Seção 1:16.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial União. 16 abr 2012. Seção I, p.24-25.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Diário Oficial União. 15 jul 2003;Seção 1:21.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF); 2012a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília (DF): 2012c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF); 2006.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da Família. Saúde Soc. 2010;19(4):814-827.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc.2004;13(3):44-57.

Oliveira FR. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudanças na formação profissional [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA: Sage; 2002.

Prefeitura Municipal de Sorocaba. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Proposta de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sorocaba; 2013.

Sorocaba (cidade). Câmara Municipal. Lei nº 10.579, de 25 de setembro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Sistema Municipal Saúde Escola, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Sorocaba; 1 out. 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sp/s/sorocaba/lei-ordinaria/2013/1057/10579/lei-ordinaria-n-10579-2013-dispoe-sobre-a-instituicao-do-sistema-municipal-saude-escola-e-da-outras-providencias>.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Of Sanit Panam. 1996; 120(6):472-82.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os relatos da primeira turma de residentes de Saúde da Família dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, pretendeu-se compreender os processos vividos pelos mesmos nos diversos espaços que constituem o Sistema Municipal de Saúde Escola de Sorocaba, SP, e contribuir para a implementação das mudanças necessárias para a sustentação do programa e também do sistema.

A participação ativa dos residentes na discussão forneceu material substancial referente aos principais componentes do programa, permitindo, assim, que se possa ajustá-los para as próximas turmas.

Algumas modificações já fazem parte do projeto pedagógico, como a antecipação dos estágios eletivos da residência multiprofissional e dos estágios nas especialidades médicas; outras dizem respeito às estratégias de educação permanente e de envolvimento dos gestores. Quanto à primeira, o projeto prevê a composição os núcleos promotores de processos de educação permanente por unidade de saúde, contando com preceptores, residentes e demais funcionários. Quanto ao envolvimento dos gestores, o prevê a inclusão dos gestores nas reuniões de acompanhamento e avaliação dos programas de residência.

Os resultados do estudo sugerem a adoção de medidas relativas ao necessário diálogo com as instituições de ensino, com o objetivo de sanar dificuldades tais como: falta de interação entre tutores e preceptores; dissociação entre teoria e prática; preparação de preceptores, em conjunto com outras instâncias. Do ponto de vista da SMS, esforços devem ser feitos no sentido de preparar dos profissionais das unidades para a absorção e o trabalho conjunto com os residentes.

Os resultados deste trabalho serão apresentados ao colegiado de gestão dos programas de residência, COREMU e COREME, Área de Educação em Saúde, Área de Atenção à Saúde, Universidade parceira, Coordenações Regionais, equipe de apoio de SF e gestores de unidades, com o objetivo de discutir e traçar estratégias que propiciem maior integração e corresponsabilização pelo processo de formação.

Em seguida, poderão ser apresentados ao Conselho Municipal de Saúde, ao Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ) da DRS XVI e à Comissão Permanente de Integração de Educação e Saúde (CIES).

Serão também divulgados em congressos e simpósios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves-Mazzotti AJ. O método nas Ciências Sociais. In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F, coordenadores. O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998.

Barreto I, Oliveira EN, Oliveira EM, Andrade LOM e cols. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. In: Sanare – Revista Sobralense de Políticas Públicas. 1999;1(1):18-26.

Barreto ICHC, Andrade LOM, Ellery AEL, Silva MRF, Loiola F. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. Tempus - Acta Saúde Coletiva. 2007;1(1):379-396.

Borges R, Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. Interface (Botucatu). 2011;5(37):461-72.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília, 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União. 20 set. 1990. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis ns. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial União. 1 jul. 2005.

Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº 2, de 3 de julho de 2013. Diário Oficial União. 10 jul 2013.

Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. Caderno FNEPAS. 2011;1:19-27.

Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2003. p.211-224.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Revista de Saúde Coletiva, 2004;14(1):41-65.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ, 2005;9(16):161-77.

Fernandes MNS. Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal de Santa Maria, RS; 2013.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo – Sorocaba. Rio de Janeiro: 2016 [acesso em 14 mar 2016] Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355220&search=sao-paulo|sorocaba>>.

Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2013.

Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Ana Maria Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008;17(1):131-40.

Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. Diário Oficial União. 5 mai 2010;Seção 1:14.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. Diário Oficial União. 9 nov 2001b;Seção 1:37.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina. Diário Oficial União. 9 nov 2001a;Seção 1:38.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em odontologia. Diário Oficial União. 4 mar 2002;Seção 1:10.

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial União. 23 jun 2014;Seção 1:8-11.

Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional de Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial União. 15 jan 2007.

Ministério da Educação. Resolução Nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Diário Oficial União. 22 jul 2015;138;Seção 1:16.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial União. 16 abr 2012. Seção I, p.24-25.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Diário Oficial União 15 jul 2003;Seção 1:21.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF):2012a.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial União. 13 fev 2004;Seção 1:37-41.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 22 ago 2007;Seção 1:34-38.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília (DF); 2012c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF); 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília (DF); 2000.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da Família. Saúde e Sociedade, 2010;19(4): 814-827.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade, 2004;13(3):44-57.

Oliveira FR. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudanças na formação profissional. [Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Oliveira MS. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. Olho Mágico. 2003;10(2):37-9.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002.

Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. Revista PEC, Curitiba. 2002;2(1):37-42.

Prefeitura Municipal de Sorocaba. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Proposta de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sorocaba: Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2013.

Sorocaba (cidade). Câmara Municipal. Lei nº 10.579, de 25 de setembro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Sistema Municipal Saúde Escola, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Sorocaba; 1 out 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sp/s/sorocaba/lei-ordinaria/2013/1057/10579/lei-ordinaria-n-10579-2013-dispoe-sobre-a-instituicao-do-sistema-municipal-saude-escola-e-da-outras-providencias>.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Of Sanit Panam. 1996;120(6):472-82.

## ANEXO 1

### ROTEIRO – GRUPOS FOCAIS

1- Falem-me sobre o processo de trabalho na unidade. Como ele se desenvolve?

2- E a atividade de preceptoria, como acontece?

3- Na opinião de vocês, quais os fatores que favorecem o processo de aprendizagem?

4- E os fatores que dificultam?

5- Que outros aspectos vocês consideram importantes relatar a respeito de sua experiência na Residência?



## ANEXO 2

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática dos Programas de Residência em Saúde da Família do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Sorocaba-SP

**Pesquisador:** Liliane Maria Guimarães de Pinho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41854815.8.0000.5469

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde CEPIS - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Proprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 983.052

**Data da Relatoria:** 09/04/2015

**Apresentação do Projeto:**

O estudo trata de conhecer as percepções de residentes e dos preceptores de dois Programas de Residência em Saúde da Família no que se refere ao processo ensino-aprendizagem nos serviços correspondentes à Estratégia de Saúde da Família no município de Sorocaba – SP. A proposta do estudo parece ser pertinente frente a implantação recente de tais Programas pela Secretaria Municipal de Saúde/ Sistema Municipal de Saúde - Escola e da expansão da Estratégia de Saúde da Família e de Redes de Atenção no município.

O estudo proposto é de abordagem qualitativa com a utilização de técnicas de entrevista e grupo focal. A bibliografia encontra-se atualizada e as referências bibliográficas são pertinentes ao propósito do estudo. Os instrumentos de coleta de dados (roteiros) foram anexados ao projeto, assim como o cronograma do estudo, com previsão de início em abril de 2015 e término em dezembro do mesmo ano.

**Endereço:** Rua Santo Antônio, 630 - 1º andar  
**Bairro:** Bela Vista **CEP:** 01.314-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



Contribuição do Parecer: 982.057

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar e analisar as características do processo de ensino-aprendizagem nos serviços que constituem os cenários de prática da Residência em Saúde da Família do município de Sorocaba.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos aos participantes do estudo são bastante reduzidos.

Os benefícios referem-se à contribuição ao aperfeiçoamento da qualificação da formação profissional, assim como à melhoria da prática da saúde nos serviços.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Analisar a articulação entre trabalho e educação nos serviços de saúde é a temática do estudo. Os residentes da 1ª. turma (35) com formação em Medicina, Odontologia e Enfermagem serão convidados a participarem do estudo, assim como todos os preceptores (35) dos Programas com a finalidade de que os achados do estudo subsidiem as necessidades acadêmicas e dos serviços em prol do melhor atendimento do usuário do SUS.

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

O TCLE foi devidamente corrigido em todos os quesitos solicitados (redação, tempo gasto nas atividades previstas e inclusão dos contatos do Comitê do IS para eventuais esclarecimentos por parte do participante da pesquisa).

**Recomendações:**

A pesquisadora deverá corrigir o tempo destinado à execução do grupo local (1 hora e 30 minutos. Certamente ocorreu um erro de digitação (1 hora e "3 minutos", considerando que no corpo do projeto o tempo está devidamente registrado).

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

A pesquisadora corrigiu e esclareceu todas as solicitações feitas pelo parecerista. O estudo poderá ser iniciado, considerando que não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5119-8597

Fax: (11)3116-8623

E-mail: cepis@issude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



Continuação do Parecer: 895.002

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 12 de Março de 2015

---

Assinado por:  
Ligia Rivero Pupo  
(Coordenador)

Endereço: Rua Santo Antônio, 990 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)3116-8587 Fax: (11)3116-8523 E-mail: [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br)

HC/MS 08 de 00



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**  
**Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**



**TERMO DE CONSENTIMENTO**

**Projeto:** PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DOS PROGRAMS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE-ESCOLA DE SOROCABA-SP

Eu, Liliane Maria Guimarães Pinho, estou realizando um estudo sobre o processo de ensino-aprendizagem nos serviços que constituem os cenários de prática para a Residência em Saúde da Família (Residência Médica e Residência Multiprofissional) do município de Sorocaba.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com os preceptores e grupos focais (reuniões) com os residentes. A duração aproximada de cada entrevista é de 60 minutos; a duração aproximada de cada grupo focal é de 1 hora e 30 minutos. Tanto as entrevistas como os grupos focais serão gravados.

As informações fornecidas serão sigilosas e confidenciais. Seu nome não será identificado nos relatórios e documentos resultantes desta pesquisa, mesmo quando se fizer necessária a citação de trechos em publicações científicas.

Caso aceite participar, está assegurado o seu direito de interromper sua participação a qualquer momento. Ressalto que este estudo não apresenta nenhum tipo de risco para sua atividade profissional ou para sua vida pessoal.

Informo que estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre o projeto, no email [lpinho@sorocaba.sp.gov.br](mailto:lpinho@sorocaba.sp.gov.br) no telefone 15-3202-2457. Informo também que eventuais esclarecimentos poderão ser obtidos por meio do Comitê de Ética do Instituto de Saúde tanto por email ([cetica@isaude.sp.gov.br](mailto:cetica@isaude.sp.gov.br)) como por telefone (11-3116-8597).

Este Termo de Consentimento é apresentado em duas vias, sendo que uma delas ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_, ( ) preceptor ( ) residente,  
 concordo em participar desta pesquisa.

Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_