

Implementation of Medical and Multi-professional Residency in Family Health in Health in a São Paulo municipality: first class residents' perception of (2014-2016)

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

ABSTRACT | Introduction: *In the Brazilian Unified Health System, the implementation of novel healthcare models, such as Family Health Strategy, demands training and qualification of new professionals. In this setting, Healthcare Residency constitutes a lato sensu graduation marked by in-service education. In the city of Sorocaba/SP, Medical and Multi-professional Family Health Residency Programs were implemented.*

Objectives: *To pinpoint and analyze the perceptions of the first class residents regarding their experience in these Programs. Method:*

A qualitative research approach, with the focal group technique was used. Groups with residents that made up the Family Health core team (Nursing, Medicine and Dentistry) were created. The material was analyzed according to the principles of thematic analysis. Results:

Four categories were obtained: a) the various changes in 2014; b) tutoring and mentoring; c) the structuring of the program; d) the learning perception at the end of the residency.

Discussion: *Residents have considered the experience they have been through to be very exciting and profitable. Several of the critical points raised by the residents are similar to implementation experiences of residency in Family Health in other cities. Conclusion:*

The study suggests a possible way to train healthcare professionals to the Unified Health System, especially for its main organization strategy of Basic Attention, which is the Family Health Strategy.

Keywords | *Primary Health Care; Family Health Strategy; Education; Internship and Residency.*

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. Nessa direção, a Residência em Saúde constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, caracterizada pela formação em serviço. Assim, no município de Sorocaba/SP, foram implantados Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família. **Objetivos:** 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 com residentes de Enfermagem, Medicina e Odontologia. O material foi analisado segundo os princípios da análise temática. **Resultados:** 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:** Os residentes consideraram que a experiência vivida foi interessante e proveitosa. Vários dos pontos críticos apontados por eles são semelhantes às experiências de implantação de residência em Saúde da Família de outros municípios. **Conclusão:** O estudo aponta um caminho possível 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.

¹Secretaria da Saúde do Município de Sorocaba. Sorocaba/SP, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu/SP, Brasil.

³Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

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 medidas 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 complexidade¹. 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 nas 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 gestores².

Nessa 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, intensificou seu papel ordenador das políticas de formação, incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. 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, por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde, contribuindo para a superação da fragmentação do cuidado e dos esquemas tradicionais do ensino superior^{3,4,5}.

As perspectivas teórico-pedagógicas dos Programas devem ser convergentes com as necessidades do serviço, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas também possibilitando o disparar de mudanças de modelo assistencial⁶, em consonância com as diretrizes do SUS.

Ao considerar o trabalho como elemento norteador da formação profissional, a proposição das Residências em Saúde 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)⁷.

O processo de implantação da ESF no município de Sorocaba, estado de São Paulo, 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 MS⁸, totalizando 44 equipes em 14 UBS, atingindo uma cobertura de 27,6%.

Em setembro de 2013, foi homologada a Lei Municipal 10.579, que instituiu o Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) do município de Sorocaba⁹. 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, mudanças estruturais ocorreram na rede. A implantação de novas equipes de ESF com a chegada de médicos intercambistas (Programa Mais Médicos) e de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a implantação dos programas de residências em saúde transformaram, 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 por meio 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 (quatro), Educação Física (três), Enfermagem (28), Farmácia (três), Fisioterapia (três), Fonoaudiologia (um), Nutrição (três), Odontologia (três), Psicologia (três), Serviço Social (três), Terapia Ocupacional (três). Desses residentes, 35 foram inseridos nas equipes básicas de SF (enfermeiros, dentistas e médicos) e, os demais, nas equipes do NASF.

De acordo com as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) vigentes na ocasião da implantação^{10,11}, 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 a atividade prática, denominados de cenários de prática que, no município de Sorocaba, são: a rede de Atenção Básica, a Rede de Atenção Psicossocial, a Urgência e Emergência, os Ambulatórios de Especialidades e a Área de Vigilância em Saúde. O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertado até 2015 era vinculado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

A formação de preceptores foi realizada por meio de cursos ofertados 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).

O objetivo geral do estudo foi 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.

Os objetivos específicos foram: compreender o processo de trabalho dos residentes nos programas; verificar como se deu a atividade de preceptoria desses residentes; detectar as potencialidades e os desafios do processo de ensino-aprendizagem desses residentes.

MÉTODOS |

Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, pois o estudo pretendeu conhecer as percepções das pessoas que fazem parte do contexto a ser estudado¹². A técnica escolhida foi a do grupo focal, o qual tem como objetivo principal obter informações e realizar constatações a respeito da questão de estudo. Foram observadas as principais recomendações com relação a essa técnica, que são: o grupo deve ser composto por, no mínimo, seis e, no máximo, quinze pessoas; o papel do moderador é propor as questões aos participantes e manter o foco da discussão; o papel do observador é, após a realização do grupo, complementar o relato dos acontecimentos^{13,14}. 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 pesquisa¹⁵. Foram convidados os 35 residentes das categorias profissionais de nível superior componentes da equipe básica de Saúde da Família (enfermagem, medicina e odontologia). A data de realização coincidiu com o início do período de férias de parte do grupo. Alguns estavam fora do município e outros justificaram a ausência por motivos pessoais ou familiares.

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 constitui parte do projeto de pesquisa “Potencialidades e desafios de um programa de Residência em Saúde da Família: percepções de preceptores e de residentes”, que foi enviado para análise ao 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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS¹⁶. 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.

Na análise, o material foi explorado segundo o princípio da análise temática¹⁷, buscando identificar tendências e padrões relevantes, que não obedeceram a um referencial anteriormente definido. Assim, a opção foi por uma focalização aberta¹⁸, de tal forma que as categorias surgissem do próprio material, e algumas delas foram influenciadas pelo roteiro utilizado na pesquisa.

RESULTADOS |

Os participantes mostraram-se muito interessados em falar sobre sua experiência como residentes, a partir do roteiro norteador. 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 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).

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.

[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).

[...] 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] 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... foi um crescimento para o serviço (GF1).

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

[O preceptor] não era preparado para SF, para conduzir os casos, achar um tempo para discutir caso, para ir para a reunião de equipe, fazer uma Visita Domiciliar (GF2).

Na minha realidade, acredito que a preceptoria deixa a desejar, pois não tem prática em ESF, falta proatividade [...] (GF 1).

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... carrega a unidade nas costas (GF2).

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

Não dá para generalizar... uns estão [na preceptoria] porque gostam, estão aprendendo junto com o residente e com esse novo modelo que o município implantou; outros, 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 preceptoria.

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).

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.

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

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).

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 [...] (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).

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 [...] (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).

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 (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 proposta ousada do município de Sorocaba. É importante ressaltar que a proposta de implantar as residências é coerente com 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 a capacitação de profissionais de saúde pautada nos princípios e diretrizes do SUS. A construção de cenários realistas de ensino e de prestação de serviços constitui 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)¹⁹.

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. Essas dificuldades serão relatadas nos próximos parágrafos.

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 Oliveira²⁰, 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 eles. 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 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. Oliveira²⁰, em estudo realizado em residência na AB na zona leste do município de São Paulo, também relatou esse tipo de necessidade. Da mesma forma, Fernandes²¹ encontrou dificuldades no âmbito da estruturação da residência, em estudo realizado com residentes da AB em Santa Maria – RS. Casanova²², em estudo realizado em Programas de Residência Multiprofissional nos municípios de São Paulo, Santos e Marília, também encontrou relatos de sobrecarga de trabalho pelos residentes, os quais deviam suprir a falta de profissionais contratados pelo serviço. 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 podem se valer da criação de espaços reflexivos, recomendados por Barreto et al.¹⁹ 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 a inserção de residentes nas equipes ter-se dado de forma tardia, em algumas unidades. Percepções semelhantes foram encontradas no estudo de Fernandes²¹, o qual revelou que os residentes consideraram prazerosa a possibilidade de trabalhar em equipe, integrando profissões e compartilhando conhecimentos e saberes. Casanova²² também estabeleceu, em seu estudo, que os residentes consideraram importante a troca de saberes no trabalho em equipe, transformando o conhecimento e a prática das diferentes categorias profissionais. Conforme o Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional de Sorocaba²³, o trabalho em equipe tem grande importância na formação e qualificação dos trabalhadores em saúde por permitir a construção de um novo conhecimento que tem impacto na resolução de problemas de saúde da população²⁴. A dimensão profissional requer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, cuja atuação conjunta deve potencializar a integralidade da atenção à saúde¹⁹.

A Visita Domiciliar (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)²⁵. A construção de novas relações entre os usuários e a equipe e a formação de vínculo entre esses propicia integralidade e humanização da atenção²⁶.

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 importantes pelos residentes, vão ao encontro do que preconizam Barreto et al.¹⁹ 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” (p. 81).

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 Fernandes²¹, 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 Escola¹⁹, 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 residentes⁶. 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 Multiprofissional²³ – 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 profissionais²⁷ 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.

CONCLUSÃO |

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, tais como: 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.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41-65.
2. Barreto ICHC, Oliveira EN, Andrade LOM, Sucupira ACL, Linhares MSC, Sousa GA. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. *SANARE: Rev Sobralense de Políticas Públicas*. 1999; 1(1):18-26.
3. Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, Camargo KR, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2003. p. 211-24.
4. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde Soc*. 2010; 19(4):814-27.
5. Perego MG. *Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde*. Santos. Dissertação [Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo; 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. 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.
9. Câmara Municipal de Sorocaba. Lei nº 10.579, de 25 de setembro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Sistema Municipal Saúde Escola, e dá outras providências. 2013. Disponível em: URL: <<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>>.
10. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil). 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 da União* 05 maio 2010.
11. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº. 2, de 13 de abril de 2012. *Diário Oficial da União* 16 abril 2012.
12. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes; 2013.
13. 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.
14. 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.
15. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications; 2002.

16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 13 jun. 2013.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2013.
18. Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F, editores. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998. p. 109-204.
19. Barreto ICHC, Andrade LOM, Ellery AEL, Silva MRF, Loiola F. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. *Tempus, actas de saúde colet.* 2007; 1(1):77-97.
20. Oliveira FR. Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudanças na formação profissional. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
21. Fernandes MNS. Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde. Santa Maria. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
22. Casanova IA. A educação interprofissional na residência multiprofissional em Saúde. Tese [Doutorado em Interdisciplinar em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo; 2016.
23. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Proposta de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sorocaba: Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2013.
24. 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.
25. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):131-40.
26. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MLP, Goes PSA. Processo de trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. *Trab Educ Saúde.* 2016; 14(2):505-21.
27. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. p. 885-910.

Correspondência para/ Reprint request to:

Liliane Maria Guimarães de Pinho

Rua Paulo Varchavtchick, 1005 - Quadra F lote 15,

Aparecida, Sorocaba/SP, Brasil

CEP: 18087-190

Tel.: (15) 99115-4778

E-mail: lilianemgpinho@gmail.com

Recebido em: 31/08/2016

Aceito em: 14/12/2017