



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E INOVAÇÃO
EM MEDICINA

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO A
PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

CAICÓ - RN
2020

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO A
PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a defesa para obtenção do título de mestre em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Dr. Paulo Bezerra - EMCM/RN

Oliveira, Fernanda Kamila Souza de.

Contribuições da residência multiprofissional em saúde para o fortalecimento da atenção primária: um estudo de caso a partir da Escola Multicampi de Ciências Médicas / Fernanda Kamila Souza de Oliveira. - Caicó, 2020.

72f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina, Caicó, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa.

1. Preceptoria - Dissertação. 2. Saúde Pública - Dissertação.
3. Multiprofissional - Dissertação. I. Costa, Marcelo Viana da.
II. Título.

RN/UF/Biblioteca Setorial Dr. Paulo Bezerra

CDU 614:378

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a defesa para obtenção do título de mestre em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Membros da Banca:

Profa. Dra. Liliane Pereira Braga
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(Examinador Interno)

Profa. Dra. Cristiane Spadácio
Universidade Estadual de Campina
(Examinador Externo)

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Universidade Federal da Paraíba
(Examinador Externo)



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E
INOVAÇÃO EM MEDICINA**

ATA Nº 22

Aos 03 dias do mês de novembro do ano de dois mil e vinte, às 10h00min, no Google Meet, instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado da aluna FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA. A banca examinadora foi composta pelos professores DRA. CRISTIANE SPADÁCIO (UNICAMP), examinadora externa, DR. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE (UFPB), examinador externo, DRA LILIANE PEREIRA BRAGA(UFRN), examinadora interna e DR. MARCELO VIANA DA COSTA (UFRN), orientador. Deu-se início a abertura dos trabalhos, por parte do professor DR MARCELO VIANA DA COSTA, que, após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, de imediato solicitou à candidata que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada **CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS**, marcando um tempo de 30 minutos para a apresentação. Concluída a exposição, o Prof. DR MARCELO VIANA DA COSTA, presidente, passou a palavra ao examinador externo, DR. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE (UFPB), para arguir a candidata, e, em seguida, à examinadora externa, DRA. CRISTIANE SPADÁCIO (UNICAMP) e à examinadora interna, DRA LILIANE PEREIRA BRAGA (UFRN), para que fizessem o mesmo. Após o que fez suas considerações sobre o trabalho em julgamento e a aluna fez a sua defesa respondendo aos questionamentos da banca. A seguir a banca se reuniu separadamente para consenso, tendo sido **APROVADA** a candidata, conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A versão final da dissertação deverá ser entregue ao programa pela aluna via SIGAA, no prazo de 90 dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora e constante na folha de correção anexa. Conforme o Artigo 46 da Resolução 197/2013 - CONSEPE, a candidata não terá o título se não cumprir as exigências acima.

Dra. CRISTIANE SPADACIO

Examinadora Externa à Instituição

Dr. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE, UFPB

Examinador Externo à Instituição

Dra. LILIANE PEREIRA BRAGA, UFRN

Examinadora Interna



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E
INOVAÇÃO EM MEDICINA**

Dr. MARCELO VIANA DA COSTA, UFRN

Presidente

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

Mestranda



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E
INOVAÇÃO EM MEDICINA

FOLHA DE CORREÇÕES

ATA Nº 22

Autor: FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA
Título: CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Banca examinadora:

Prof. CRISTIANE SPADACIO	Examinadora Externa à Instituição	_____
Prof. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Examinador Externo à Instituição	_____
Prof. LILIANE PEREIRA BRAGA	Examinadora Interna	_____
Prof. MARCELO VIANA DA COSTA	Presidente	_____

Os itens abaixo deverão ser modificados, conforme sugestão da banca

1. INTRODUÇÃO

Acrescentar a análise de dados realizada no resumo do trabalho.
Retirar alguns parágrafos que estão desconexos com o texto
Deslocar alguns parágrafos e colocar no tópico criado para apresentação
Fazer referências à atenção primária em todo o texto

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nada a Referir

3. METODOLOGIA

Falar do estudo de caso, com uso de referências sobre o tema.

4. RESULTADOS OBTIDOS

Nada a Referir

5. CONCLUSÕES

Nada a Referir

COMENTÁRIOS GERAIS:

Nos objetivos, retificar que as implicações da residência multiprofissional são em Atenção Básica
Adequar as normas da ABNT

Declaro, para fins de homologação, que as modificações, sugeridas pela banca examinadora, acima mencionada, foram cumpridas integralmente.

Prof. MARCELO VIANA DA COSTA

Orientador(a)

RESUMO

A Escola Multicampi de Ciências Médicas foi criada por meio do Programa Mais Médicos, a fim de reorientar a distribuição e formação médica em todo território Nacional. Por ser uma extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a escola Multicampi avançou com a política de interiorização trazendo oportunidades de formação para graduação e pós-graduação na área de saúde nas regiões distantes das grandes capitais. Inicialmente foi criado o curso de graduação em medicina e em seguida criou-se as modalidades de pós graduação a exemplo disso a Residência Multiprofissional em Atenção Básica. O presente estudo busca, discutir as implicações da Residência Multiprofissional em Saúde da Escola Multicampi de Ciência Médicas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde de Caicó-RN. Este é um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo por meio da técnica de entrevista, teve a participação de 18 profissionais que atuam como preceptores, sendo 10 de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) e 8 de níveis médio (técnicos em enfermagem). Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Para efetivação da técnica de análise da pesquisa seguiu as fases de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Deste modo foi construído três categorias temáticas a saber: Mudanças na dinâmica do trabalho em saúde com a inserção da residência; Desafios para potencialização da atuação dos residentes; Expectativas relacionadas a atuação dos residentes. De forma geral a Residência Multiprofissional em Saúde mostrou-se como um potente transformador de realidades, instigando as equipes à produção de saúde e conhecimento de forma inovadora. Entretanto, nesse processo ainda há fragilidades apontadas que precisam ser sanadas para garantir um maior aproveitamento desses profissionais além de poder servir de base para mensurar seu impacto na comunidade.

Palavras-chave: Preceptorial. Saúde Pública. Multiprofissional. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The Multicampi School of Medical Sciences was created through the Mais Médicos Program, in order to reorient medical distribution and training throughout the country. As an extension of the Federal University of Rio Grande do Norte, the Multicampi school advanced with the policy of interiorization, bringing training opportunities for undergraduate and graduate students in the health area in regions far from large capitals. Initially the undergraduate course in medicine was created and then the postgraduate modalities were created, such as the Multiprofessional Residence in Primary Care. The present study seeks to discuss the implications of the Multiprofessional Residency in Health of the Multicampi School of Medical Sciences for the strengthening of Primary Health Care in Caicó-RN. This is a qualitative, exploratory and descriptive study using the interview technique, with the participation of 18 professionals who work as preceptors, 10 of whom are college-level (doctors, nurses and dentists) and 8 of middle-level (nursing technicians). The data obtained through the interviews were analyzed based on the content analysis technique. To carry out the research analysis technique, the pre-analysis phases, the exploration of the material and the treatment of the results followed. In this way, three thematic categories were built, namely: Changes in the dynamics of health work with the insertion of the residence; Challenges to enhance the performance of residents; Expectations related to the performance of residents. In general, the Multiprofessional Residency in Health proved to be a potent transformer of realities, instigating teams to produce health and knowledge in an innovative way. However, in this process there are still weaknesses pointed out that need to be remedied to ensure a better use of these professionals, in addition to being able to serve as a basis to measure their impact on the community.

Keywords: Preceptorship. Public Health. Multiprofessional. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEP - Comitê de ética em pesquisa

CERES - Centro de Ensino Superior do Seridó

CNRM - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGES - Departamento de Gestão e Educação na saúde

EMCM - Escola Multicampi de Ciências Médicas

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FACISA - Faculdade de Ciências da Saúde

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PP - Projeto Político

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

PRO-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	21
3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	26
3.3 PRECEPTORIA	29
4 METODOLOGIA	33
4.1 TIPO DA PESQUISA	33
4.2 LOCAL DA PESQUISA	34
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	36
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
4.6 COLETA DE DADOS	37
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 MUDANÇAS NA DINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE COM A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA	43
5.2 DESAFIOS PARA POTENCIALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DOS RESIDENTES	49
5.3 EXPECTATIVAS RELACIONADAS A ATUAÇÃO DOS RESIDENTES.....	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	65
ANEXOS	71

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possui como principal porta de entrada a Atenção Básica à Saúde, a qual é ofertada para a população principalmente através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando facilitar o acesso a população de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 1999; HÄFELE; SIQUEIRA, 2017). Esse nível do sistema deve ofertar aos seus usuários ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde das pessoas (BRASIL, 2012; HÄFELE; SIQUEIRA, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) a Atenção Básica orienta-se pelos princípios do SUS segundo a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A expansão da Estratégia de saúde da Família é acompanhada por aumento da qualidade e efetividade à atenção à saúde no SUS. Evidências sugerem que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) provê melhor acesso e satisfação do usuário, mesmo quando comparada a serviços privados de saúde (MACINKO; LIMA COSTA, 2012). Em termos epidemiológicos, estudos mostram que a expansão da ESF resultou em melhoria na atenção à saúde da criança, redução da mortalidade infantil (ROCHA; SOARES, 2010), redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária a saúde e redução das taxas de complicações provenientes de doenças crônicas (RASELLA, 2014).

Os indicadores socioeconômicos apontam que em regiões mais pobres do Brasil, a implementação da ESF foi associada com crescimento do emprego de adultos e aumento de adolescentes na escola (BRASIL, 2007).

Dessa forma, a expansão da atenção primária a saúde e o atendimento prestado pelas equipes de saúde da família tem produzido impacto positivo no SUS, tanto em termos epidemiológicos, quanto em custo-efetividade.

É importante frisar que a atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias, como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002).

Acrescenta Starfield (2002) que a atenção primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas. Estas características incluem a variedade de diagnósticos ou problemas observados, um componente identificável dedicado à prevenção das doenças e uma alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde.

Diante das várias transformações sociais e políticas que ocorreram nos últimos tempos contribuindo para muitas reflexões e mudanças no setor da educação em saúde e formação, surgiu a reforma sanitária com a transição da assistência em novos modelos assistenciais em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população (BATISTA, 2017; OLIVEIRA, 2016). Dessa forma, a Reforma Sanitária Brasileira, consolidada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ressaltou a formação dos profissionais integrada ao sistema de saúde, e, para garantir essa premissa, ações articuladas entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) foram essenciais para lógica do sistema único de saúde (SUS) em relação à formação dos profissionais (MIYAZATO, 2015; NUNES, 2019).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 instituem a Saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelecem o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 1988,1990; ALVES, 2015). Segundo o artigo 27 da Lei 8080/90, os serviços públicos que fazem parte do SUS compõem um campo de prática voltado para o ensino e a pesquisa e articula interesses das instituições de ensino superior e do SUS, visando à melhoria da qualidade de atendimento à população (GONÇALVES *et al.*, 2014).

De acordo com Ferreira *et al.* (2012), a aproximação mais estreita entre as instituições de ensino superior da área da saúde e as equipes de saúde é fundamental para difundir a superação da visão simplesmente acadêmica dos campos de estágio para uma visão de responsabilidade compartilhada na formação de recursos humanos

para o setor. Já Moraes *et al.* (2010) reforça que a integração ensino-serviço-comunidade deve se caracterizar como uma via de mão dupla, na qual um e outro sejam parceiros na apropriação e reprodução das ações organizadas.

É importante destacar que a criação de momentos de diálogos entre instituições formadoras e os serviços de saúde contribuem para o fortalecimento de articulação entre ambos, direcionando a construção de ações condizentes com a real necessidade da população, trazendo maior rendimento ensino aprendizagem e melhoria na prestação dos serviços à população, diminuindo os conflitos de interesses causados pelo distanciamento.

Diante do contexto, para consolidar a inserção da educação na área da saúde objetivando fortalecer o sistema de saúde, foi instituída a Portaria Interministerial nº 2.118 de 2005, na qual o Ministério de Educação e Cultura junto com Ministério da Saúde se articularam a fim de estabelecer cooperação técnica e científica para formação e desenvolvimento dos profissionais para o SUS com integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde (BRASIL, 2005; 2006; ALVES, 2015).

Dessa forma, foram instituídas em meio as estratégias de integração entre educação e trabalho em saúde: a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), o Programa TELESSAÚDE BRASIL, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) e para o fortalecimento das ações na pós-graduação, tivemos a regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 criando a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e em Área Profissional da Saúde e instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRM) (BRASIL, 2005b; ALVES, 2015).

Em meados dos anos 70, no Brasil, observou-se a grande necessidade de reformulações no modelo de formação médica, sendo reforçado com a divulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. A justificativa está firmada na inadequação dos modelos de formação médicas de acordo com as reais necessidades de saúde da população. Dessa forma, foi fundamental elencar novo método voltado a formação médica, por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses elencados pelo novo modelo brasileiro de atenção à saúde, fundamentado nos princípios da Atenção Primária à Saúde (NOGUEIRA, 2009).

Diante dessa realidade, em 2013 foi lançado o Programa Mais Médicos (PMM) a fim de trazer as políticas indutoras de reorientação da formação médica e distribuição dos médicos no território nacional (BRASIL, 2015).

Contemporaneamente ao PMM avança a política de interiorização da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na perspectiva de priorizar as ações de valorização de peculiaridades e vocações regionais, a qual proporcionou a criação de novos cursos de graduação e pós-graduação no Centro de Ensino Superior do Seridó (CERES), nas cidades de Caicó e Currais Novos e na Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA) na cidade de Santa Cruz, ampliando o acesso ao ensino superior (CRUZ; MELO, 2017; GERMANO, 2019).

Nesse mesmo período, junto com o Programa mais Médicos para o Brasil (PMM), foi criada a Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) na região do Seridó, como extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foi inaugurada em 2014, na cidade de Caicó-RN, trazendo oportunidades de formação para graduação e pós-graduação na área de saúde. Surge como incentivo a classe de trabalhadores da saúde se especializarem para melhorar suas práticas de saúde no ambiente laboral, assim como os estudantes de Caicó e região do Seridó a estudarem próximos de seus familiares, conhecendo a realidade local instigando o aluno a permanecer na sua região após a conclusão, trazendo profissionais qualificados em várias especialidades para resolver os problemas enfrentados na nossa região.

Segundo Dussault e Franceschini (2006), profissionais de saúde formados por escolas localizadas fora das principais áreas urbanas são mais propensos a fixar-se em áreas rurais e/ou remotas e selecionar uma especialidade de cuidados primários, como a medicina de família. Além disso, há uma tendência do profissional de saúde em se fixar na região onde cursou a graduação e/ou a residência em saúde (MELO *et al.*, 2017).

Sendo assim, a região do Seridó ganha não só uma instituição de ensino, mas também fortalecimento nas suas ações em saúde, articulações de sua rede de serviços, oportunidade de melhorias de assistência nos três níveis de atenção, ofertando a comunidade especialidades médicas e multiprofissionais na saúde trazendo resolutividade e qualidade aos serviços oferecidos pelo SUS.

As primeiras iniciativas de ensino de pós-graduação na EMCM-UFRN estão voltadas à implantação de programas de residência em saúde (médica e multiprofissional) e de pós-graduação strictu-sensu (MELO *et al.*, 2017).

Sendo assim, em 2016 houve a inserção do Programa de Residência Multiprofissional na região pela EMCM, buscando suprir as necessidades locais de saúde da população e reestruturar um modelo de saúde com vistas à integralidade do cuidar. Tal acontecimento possibilitou um avanço no âmbito do ensino Caicoense com o potencial de gerar melhorias em diversos outros setores associados, como o da saúde, por exemplo. No mesmo ano, houve também a inserção do Mestrado Profissional em Educação Trabalho e Inovação em Medicina, visando qualificar os profissionais que estão na ponta, melhorando suas práticas laborais e serviços ofertados a comunidade.

Segundo Melo *et al.* (2017) dentre as modalidades de pós-graduação lato-sensu estão os programas de residência multiprofissional em saúde. As residências, caracterizadas por ensino em serviço, partem da concepção da educação permanente, observando a necessidade de qualificação de todas as profissões na área da saúde de acordo com as necessidades locais. Tem sido considerada uma das modalidades mais adequada para formação dos profissionais.

A Residência Multiprofissional em Saúde da EMCM foi apresentada, dentre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, como um programa de cooperação intersetorial. Busca favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, especialmente no SUS. Também é considerada estratégia de formação específica, com vistas a instituir profissionais com perfil para modificar práticas atuais e criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde, através da formação em serviço com o envolvimento da gestão, atenção, formação e participação social (ROSA; LOPES, 2009; GOULART *et al.*, 2012; GERMANO, 2019).

Nessa perspectiva foi inserido a preceptoria dos alunos de graduação em medicina no ano de 2014 e preceptoria multiprofissional para os residentes multiprofissionais em 2016. Esse trabalho é realizado pelos profissionais de saúde onde se inserem alunos ou residentes multiprofissionais, tanto na atenção básica, ou rede hospitalar. Constituem os setores com acadêmicos e residentes para acompanhar: residência em atenção básica, residência em materno infantil e acadêmicos em vivência integrada na comunidade. Esses preceptores são

profissionais de saúde que são convidados pela instituição a colaborarem com o troca de conhecimento, saberes profissionais, estimulando o aprimoramento de ambas as partes.

Dessa forma o sentido da palavra preceptor é atribuído àquele que orienta, oferece suporte, ensina e compartilha experiências e impulsiona a aquisição de conhecimentos científicos, dentro de uma concepção crítica e reflexiva do cotidiano do trabalho, bem como no desenvolvimento das habilidades do aluno ou recém-graduado em sua atuação profissional (CARVALHO, 2016; NUNES, 2019).

Para tanto, o preceptor deverá ter competências adquiridas através de habilidades, conhecimentos e atitudes, com a finalidade de acompanhar processos, modelos e práticas que emergem do seu dia-a-dia (VERAS, 2018).

O exercício da preceptoria é uma experiência prática de enriquecimento profissional, onde a troca de conhecimentos acontece rotineiramente, além de estimular o aprimoramento do preceptor, gerando aprendizado não somente para o aluno como também para o profissional que está no serviço para orientá-lo.

Em 2017 eu comecei a trabalhar no município de Caicó-RN, lugar onde nasci e permaneci até fazer faculdade. Ao iniciar minhas práticas na UBS Santa Costa, mais conhecida como postinho da Paraíba me deparei com a dinâmica do serviço diferente pois eram duas equipes em uma mesma estrutura física com a presença de acadêmicos de medicina e residentes tanto na área de medicina e comunidade como residentes multiprofissionais naquele ambiente. Foi desafiador a adaptação inicial pelo fato de nunca ter trabalhado com residentes de várias profissões além de não ter realizado nenhum treinamento ou curso na área, anterior a isso.

Fui convidada a ser preceptora pela instituição EMCM e a me inscrever em um curso de aperfeiçoamento em preceptoria no SUS pelo Sírio Libanês para ter maior direcionamento nas minhas práticas. Durante o curso compreendi as competências e habilidades que o preceptor deve ter juntamente com os compartilhamentos e experiências dos colegas os medos foram se dissolvendo. No ano seguinte, participei do processo de seleção do programa de mestrado profissional pela EMCM, e através dele surgiu a inquietação para minha realidade vivenciada, em buscar mais sobre a relação entre os residentes com a equipe e comunidade, qual o impacto deles sob os processos de trabalho na equipe, a integração com a comunidade além das trocas e compartilhamentos enriquecedoras.

Dessa forma, associado a preceptoria veio a oportunidade de crescimento pessoal e profissional, assim como a chance de realizar mestrado pela EMCM, pois é a contrapartida que a universidade oferece aos preceptores, devido não receberem remuneração pela preceptoria.

A experiência com a preceptoria ampliou minha carga de conhecimentos não só pela troca de experiências com a RMS, como também despertou a busca pelo conhecimento quando se esgotavam os saberes durante as práticas e compartilhamentos. Foi um combustível a mais para eu querer evoluir como profissional, para ser melhor naquilo que ofereço no meu serviço, melhorando as práticas de saúde no meu ambiente de trabalho.

Essa interação com os residentes fez surgir novas necessidades no ambiente de trabalho visto que a incorporação de novas pessoas nos serviços de saúde atuando com perspectiva de atenção integral mobilizou os trabalhadores de saúde no sentido de querer buscar conhecimento de forma a melhorar suas atividades. As práticas inovadoras trazidas pela EMCM, através de seus estudantes, despertaram a necessidade de programas de capacitação e aperfeiçoamento aos profissionais de saúde inseridos nos cenários de prática.

Nesse contexto, o presente estudo se justifica pela necessidade de refletir sobre nossas práticas de trabalho realizadas com a equipe multiprofissional e conhecer um pouco mais sobre as contribuições da residência multiprofissional em saúde para a atenção básica no município de Caicó/RN. Tal pesquisa poderá impulsionar as equipes das unidades básicas de saúde a conhecer as mudanças na dinâmica do trabalho em saúde com inserção da residência, expressando o fortalecimento do trabalho em equipe e melhorias dos serviços de saúde com implantação da residência além dos desafios e expectativas relacionadas a atuação da residência na atenção básica. Por fim, ter relevância peculiar por poder contribuir para o fortalecimento e consolidação da produção do conhecimento sobre o tema.

Diante disso, considerando o cenário atual, essa proposta de pesquisa está sendo orientada pela seguinte pergunta: quais as implicações da residência multiprofissional em saúde para a Atenção Básica do município de Caicó-RN?

Levando em consideração estudos, observações, diálogos e o conhecimento teórico, prático e empírico, pode ser construída a seguinte hipótese: a Residência Multiprofissional EMCM/ UFRN influencia o fortalecimento em saúde nas equipes da

atenção primária do município de Caicó/RN, com a incorporação de mudanças na dinâmica do trabalho em saúde da Atenção Primária.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Discutir as implicações da Residência Multiprofissional em Saúde da Escola Multicampi de Ciência Médicas para a Atenção Primária à Saúde de Caicó-RN

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as expectativas dos profissionais de saúde a respeito da atuação dos residentes;
- Discutir as mudanças na dinâmica do processo de trabalho em saúde incorporadas pela atuação dos residentes;
- Debater as possibilidades para fortalecimento da relação entre a residência multiprofissional em saúde e o processo de qualificação da Atenção Primária.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

No cenário internacional, um dos primeiros países a utilizar o conceito de Atenção Primária a Saúde foi o Reino Unido, a partir do relatório de Dawson publicado em 1920, pelo Ministério da Saúde do Reino Unido. No relatório foram evidenciadas a abrangência e profundidade do conceito da Atenção Primária a Saúde (APS), permitindo compreendê-la numa perspectiva de organização regionalizada e hierarquizada, de serviços de saúde, mediante níveis de complexidade sob um território pré-definido (KUSCHNIR, 2010; LAVRAS, 2011; OLIVEIRA, 2018).

Um dos eixos marcantes a respeito dos cuidados primários em saúde surgiu em 1978 com a Declaração de Alma-Ata, na qual os cuidados primários foram situados como estratégia principal do sistema de saúde de um país (WHO, 2008). A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde (STARFIELD, 2002; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Segundo Starfield (2002) a atenção primária é um nível de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas de saúde, fornece atenção sobre o paciente de forma holística, coordenada e integra a atenção disponível na rede de serviços de saúde. Sendo portanto definida como um conjunto de funções que combinadas são exclusivas da atenção primária. Dessa forma a atenção primária também compartilha com a rede de serviços de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção preventiva, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. Pode-se dizer que não é um conjunto de atividades clínicas exclusivas, (diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Do contrário, ela forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Acrescenta a autora supracitada que, a atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção, que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

Dessa forma, a Atenção Primária a Saúde no que diz respeito ao seu significado, pode ser compreendida por meio de distintas concepções. Ela possui três principais interpretações: a atenção primária seletiva sendo considerada um programa específico destinado a grupos populacionais de baixa renda, cujo serviço apresenta custos mais baixos e tecnologias simples; também pode ser interpretada como o modo de se organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema de saúde, considerada o nível primário de saúde, cujo propósito visa enfatizar a função resolutiva dos serviços sobre os problemas mais comuns que afetam as populações; além de poder ser vista como uma estratégia de reordenamento dos sistemas e serviços de saúde para satisfazer as necessidades das populações (GIOVANELLA, 2008; OLIVEIRA, 2018).

Sendo assim, relata Paim (2012) que a APS deve ser preferencialmente a porta de entrada do usuário nos serviços de saúde e, necessariamente, ser uma entrada de fácil acesso. Na verdade o usuário pode entrar no sistema em qualquer nível de atenção, mas a porta de entrada por excelência, é a APS, uma vez que é ordenadora do cuidado (OLIVEIRA, 2018).

No Brasil, o termo utilizado como equivalente à APS é a Atenção Básica (AB). Estes termos são associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Seguindo nessa perspectiva, o modelo que também representa a APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994 e foi idealizado, inicialmente, como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Atualmente, se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como um eixo estratégico reorganizador do Sistema Único de Saúde (SUS), carregando enorme potencial para estruturar de forma consistente a APS no Brasil. Tem sido apontado, por sua extensão e cobertura, como um modelo a ser seguido (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

A Portaria de Nº 2.436, de 21 Setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b). Essa política surgiu como uma das ações fomentadas pelo Ministério da Saúde, a fim de integrar o rol das atividades finalísticas do SUS, e sua atuação guia-se no mais alto grau de descentralização e capilaridade, assumindo a responsabilidade sanitária e ressaltando a atenção básica como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (OLIVEIRA, 2018).

Para a PNAB, a Saúde da Família é sua principal estratégia para expansão e consolidação da Atenção Básica. E, para difundir esse nível de complexidade, diversas ações e programas estratégicos vem sendo implantados e priorizados pelo Ministério da Saúde visando ao fortalecimento da Atenção Básica, estabelecendo diretrizes nacionais facilitadores de processos de gestão, formação, educação permanente, organização e qualificação da atenção básica (DOMINGOS *et al.*, 2016).

Contudo, diante do contexto e cenário atual, pode-se afirmar que o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas (MENDES, 2012). Segundo o autor supracitado, existe uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde que reflete o desencontro entre a situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa.

Acrescenta Mendes (2012) que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Por consequência, deve haver uma forte sintonia entre a situação de saúde da população e a forma como se estrutura o sistema de atenção à saúde para responder, socialmente, a essa situação singular.

Dessa forma, a consolidação de sistemas nacionais de saúde universais em diferentes países tem exigido a conformação de regiões de saúde capazes de dar organicidade e concretude ao funcionamento deles (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). No Brasil, a proposta da constituição de regiões e redes de saúde ganha relevância política no início do século XXI, tendo por objetivo combater a fragmentação da atenção, ampliar o acesso, garantir a equidade e a universalidade. No entanto, a regionalização da saúde no país é uma diretriz de enorme complexidade, tendo em vista as desigualdades e as diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde, o arranjo federativo trino e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção à saúde (BOUSQUAT, 2017).

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem

ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011; 2015)

Para complementar essa definição, Mendes (2015) traz que são conteúdos básicos que emergem das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Sendo assim, as Redes de Atenção à Saúde (RASs) tem como objetivos: melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2009; MENDES, 2015).

Segundo Starfield (2002) e Mendes (2015) só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar.

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (MENDES, 2012; 2015).

Assim a coordenação da APS na organização das redes de atenção à saúde tem sido considerada central para o manejo de pacientes com doenças crônicas, condição cada vez mais comum na população em virtude das transições demográfica e epidemiológica. Para esta parcela da população, é cada vez mais premente, ao longo da vida, a necessidade de acessar com frequência vários pontos da rede de atenção; ter contato com diferentes categorias profissionais; e ser beneficiária de ações de promoção e prevenção contínuas. Este cenário exige uma APS robusta, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário e facilitar a prestação de

serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos (TARRANT, 2015; BOUSQUAT *et al.*, 2017).

3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Na década de 70, no ano de 1976, foi criada no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Teve como proposta formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. Dois anos depois, a Residência se tornou multiprofissional (BRASIL, 2006). Ao final dos anos 80, devido às diretrizes políticas com o modelo de formação ainda baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, na visão da doença como fenômeno estritamente biológico, não se deu a continuidade nesse formato de curso (DIAS *et al.*, 2016; GERMANO, 2019).

Apesar dos esforços do Movimento Sanitário nas lutas pela defesa da saúde, a formação profissional mantém-se no modelo mecanicista, biológico, individualizado, especializado, curativista e com o entendimento de saúde como ausência de doença, sobrepondo-se ao conceito ampliado de saúde (ROSA; LOPES, 2009). Esse modelo de formação vai de encontro as políticas implantadas na década de 1990 na tentativa de reorganização da atenção básica em saúde, orientada, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família (MELO *et al.*, 2012; GERMANO, 2019).

A partir da criação do Programa Saúde da família em 1993, a assistência e atenção à saúde, demandaram um profissional que atuasse não apenas sob a lógica assistencialista clássica, mas também na promoção da saúde, acolhendo o usuário de forma integral. Observou-se pouca disponibilidade de profissionais com formação e qualificação adequada para atuarem nesta proposta com competência, ficando evidentes as contradições entre os sistemas de saúde, suas necessidades e a formação em saúde (GERMANO, 2019).

Diante desse contexto de formar profissionais com competências para resolubilidade dos reais problemas de saúde da sua comunidade, a Política do Ministério da Saúde, de valorização do SUS como ordenador da formação de recursos humanos em saúde, de acordo com o Art. 200 da Constituição Federal, levou à criação a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Em novembro

de 2005, a SGTES instituiu a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 (NASCIMENTO, 2008).

Um dos eixos estruturantes da política de educação na saúde praticada pelo Departamento de Gestão e Educação na saúde (DEGES) e pela SGTES é a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, por meio de ações que visam mudanças nas práticas de cuidado à saúde, no processo de trabalho e na construção do conhecimento, a partir das necessidades identificadas pelos serviços (BRASIL, 2006; NASCIMENTO, 2008).

Entre as estratégias formuladas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, destacam-se os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) têm como característica pós-graduação *latu sensu* na modalidade de ensino em serviço, com o objetivo de formar para a prática multiprofissional e estão alinhadas aos princípios do SUS, sendo consideradas padrão-ouro de pós-graduação *latu sensu* em saúde uma vez que estabeleceram a atuação profissional como matéria-prima do processo de ensino-aprendizagem e fomentam transformações no cotidiano dos serviços (CASTRO; VILAR, 2014; ARRUDA *et al.*, 2017). Dessa forma, tem como objetivo geral do PRMS da UFRN formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para a especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautados em princípios éticos e com competência na área específica de formação e visão integral dos distintos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018).

Essa modalidade de ensino em serviço possibilita não somente a qualificação dos residentes, mas também dos profissionais inseridos nos serviços, já que incentiva o processo de reflexão sobre a prática. Entretanto, a concepção de que o programa deve suprir as faltas existentes na graduação pode desvirtuar o foco de uma prática reflexiva para a aplicação de teorias e técnicas descontextualizadas ou priorizar a formação individualizada (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006). O objetivo da Residência não é preencher os vazios da formação anterior, mas promover a aquisição de competências de uma outra ordem e, por esse motivo, muitos programas não possuem preceptoria específica por categoria profissional (SANTOS, 2010; COSTA; AZEVEDO, 2016).

As RMS trazem inovações, aperfeiçoamentos e ousadias que seguem apresentados pelos programas. São histórias de pessoas que pensam o cuidado como algo complexo e viável de ser realizado com integralidade, que demonstram

como, na prática dos serviços, de forma dinâmica, tem-se trabalhado para promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, intersetorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas. No processo de formação do residente, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde, de qualidade de vida e é neste conjunto que se dá a formação dos residentes. Problemas complexos, respostas coletivas (BRASIL, 2006).

Seguindo nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (2006) complementa que tais experiências demonstram o quão efervescente os lugares podem se tornar quando devidamente estimulados. Apresentam a potencialidade da RMS para romper com os paradigmas existentes em relação à formação de profissionais para o SUS e em contribuir para qualificar a atenção que os serviços de saúde locais necessitam ofertar às suas comunidades.

Dessa forma, as condições para a emergência da necessidade de se produzir mudanças no modelo de atenção à saúde vêm se caracterizando como uma exigência social, do ponto de vista dos discursos que têm sido produzidos, principalmente, pela maioria da população que faz uso do SUS. Nesse contexto, pode-se considerar que não deixa de ser auspicioso o governo atual incorporar esse debate e criar estratégias para a 'implementação' de políticas que façam esse enfrentamento, na tentativa de instituir uma nova organização dos serviços que possam dar conta das necessidades da população, que trate humanamente os que necessitam, que colabore com o 'empoderamento' da população, que promova saúde (CECCIM, 2005; ROSA; LOPES, 2009).

Neste contexto, a EMCM implantou em 2016, a criação de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde nas áreas de Atenção Básica e de Saúde Materno-Infantil, ambos com cenários de prática nos municípios de Caicó e Currais Novos. O programa na área de concentração na Atenção Básica oferece 44 vagas anuais distribuídas em 10 categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. E o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-infantil oferece 12 vagas anuais distribuídas em 6 categorias profissionais (Enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social) (MELO *et al.*, 2017).

Diante da realidade loco regional, esses programas de residência têm enfrentado desafios de ordem: estrutural (unidades de saúde com infraestruturas inadequadas, carência de insumos, logística de transporte dos residentes entre os municípios para realização de atividades teóricas na sede da EMCM-UFRN); humana (deficiências na educação permanente, dificuldade na adesão de preceptores, número de docentes insuficiente, necessidade de cursos de pós-graduação para os trabalhadores da rede e da gestão municipal); e institucional (resistências administrativas, excesso de burocracia, ineficiência e/ou inexistência de serviços municipais e estadual de regulação da integração ensino-serviço, ausência de protocolos e fluxos de atendimentos). No entanto, são desafios próprios do processo, e o enfrentamento, necessariamente, dispara nos agentes envolvidos e na cultura organizacional das unidades de saúde possibilidades de transformação e reestruturação do processo de trabalho em saúde (MELO *et al.*, 2017).

Dessa forma, é perceptível que essas experiências tenham favorecido o acesso dos profissionais locais à educação permanente, reconhecendo-os enquanto agentes fundamentais para o aprendizado em serviço e para a legitimação do papel formador do SUS.

3.3 PRECEPTORIA

Tendo como a finalidade de auxiliar os graduandos de medicina nas práticas dos internatos e residências médicas surgiu o preceptor, e com o tempo sua atuação se expandiu para as outras áreas da saúde, como enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, entre outros. Hoje os preceptores atuam nas mais diversas áreas da saúde e não apenas com alunos de graduação, mas também nas especializações (STEINBACH *et al.*, 2015).

O Art. 22 da Resolução da Comissão de Residência Multiprofissional em saúde, nº 179/2018-CONSEPE, de 30 de outubro 2018, apresenta as seguintes funções e especificações para o preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde:

O preceptor desempenha a função de supervisão durante o treinamento em serviço, exercendo papel de orientador de referência das atividades práticas para os residentes. Deverá ser graduado na área profissional ou na área de concentração do programa, com titulação mínima de especialista ou na ausência de profissional especialista, com experiência mínima de 3 (três) anos na área de concentração.

Complementando a definição, ao preceptor compete facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico do programa (BRASIL, 2012; GERMANO, 2019).

Além disso acrescenta Botti e Rego (2011) que o preceptor deve ser um bom clínico, um educador, um exemplo de conduta moral e ética, um ativador de reflexões, ele deve, a partir de sua prática profissional, possibilitar instrução de novos profissionais com vista a execução competente da clínica (OLIVEIRA, 2014).

O Art. 23 da Resolução da Comissão de Residência Multiprofissional em saúde, nº 179/2018-CONSEPE, de 30 de outubro 2018, determina as seguintes competências para o preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde:

- I - orientar e supervisionar os residentes em sua área profissional;
- II - avaliar continuamente o desempenho acadêmico do residente na sua área;
- III - participar das atividades teórico-práticas e práticas dos residentes relacionados à sua área de concentração;
- IV - programar as atividades no cenário de prática a serem executadas pelo residente sob sua responsabilidade;
- V - reportar-se à tutoria de área profissional em qualquer eventualidade ou inadequação cometida pelo residente;
- VI - registrar a pontualidade e a frequência do residente de acordo com o cronograma de atividades;
- VII - manter-se atualizado em seus conhecimentos para preceptoria;
- VIII - orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, observando as diretrizes do Projeto Pedagógico;
- IX - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- X - participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- XI - supervisionar a elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- XII - participar da autoavaliação do programa, contribuindo para o aprimoramento do seu Projeto Pedagógico.

Nos programas de residência o preceptor vivencia a função de professor ensinando o trabalho. Essa educação no trabalho é traduzida por interações nas

relações interpessoais e baseada na comunicação descrita pela conjuntura do trabalho em saúde (SILVA; PEDUZZI, 2011; STEINBACH *et al.*, 2015).

A educação em serviço incorpora novas práticas assistenciais aos serviços de saúde e o preceptor como trabalhador do SUS pode somar essas iniciativas às suas próprias atividades profissionais. Assim a preceptoria oferece benefícios bilateralmente; o preceptor orienta o estudante nos cenários de prática e os residentes fornecem subsídios para aprimoramento dos preceptores (GERMANO, 2019).

Dessa forma, destaca Silva (2017) que nenhum programa de residência pode ser implementado sem a existência formal de preceptores, pois, o residente não pode ficar sem acompanhamento direto de um profissional de sua área de graduação. Além disso, a residência é uma modalidade de especialização e portanto, deve receber e dar tratamento de excelência os seus cursistas, no período mínimo de dois anos, sem prejuízo em detrimento deste chegar ou já estar na porta de saída para o mundo do trabalho.

O MEC e o MS não estabelecem ajuda de custo ou pagamento diferenciado para o profissional preceptor, entretanto existe o pagamento de bolsas para os residentes. Porém, alguns programas ao fazerem acordos com os gestores locais podem solicitar e serem contemplados com algum tipo de auxílio financeiro que esses gestores possam dispensar (SILVA, 2017).

Diante dessa conjuntura, a preceptoria instituída pela instituição EMCM tem como contrapartida aos preceptores, oportunidades de qualificar suas práticas de trabalho através de vagas ofertadas no Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina. Foi através desse curso que eu pude concorrer a vaga e me classificar no programa oferecido pela universidade. Na oportunidade, poderia concorrer quem fosse preceptor da residência multiprofissional ou alunos de graduação em medicina e que tivesse vinculação efetiva nos serviços de saúde do município. As vagas são direcionadas a preceptores, instigando a busca pelo conhecimento na área, com construção de conhecimento e orientações sobre as competências e habilidades que esse profissional deve ter.

Durante as práticas desenvolvidas com a residência multiprofissional e graduandos do módulo Vivência na comunidade, foi observado um grande número de preceptores sem aperfeiçoamento ou qualificação na área, dessa forma a instituição também ofertou o curso de Especialização em Preceptoria em Saúde, para dirimir essas lacunas nos serviços. O curso não precisava de seleção prévia, com intuito de

abranger mais profissionais, após a inscrição o preceptor tinha oportunidade de iniciar o curso semipresencial.

A preceptoria desenvolvida inicialmente ocorreu com bastante dificuldades por não haver previamente o preparo adequado dos preceptores com curso e planejamentos prévios, além de existir dúvidas em relação as suas funções e competências, se tornava desafiador com várias profissões diferentes para conduzir.

Acrescenta Baxter (2010) que o preceptor deve ser valorizado durante a formação de novos profissionais, pois ele pode quando bem qualificado, facilita a socialização, ensina a técnica e ajuda a desenvolver o pensamento crítico além de orientar sobre a prática da clínica (OLIVEIRA, 2014).

Dessa forma, o comportamento do preceptor pode afetar diretamente a atuação dos discentes no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe. Esse profissional deve estimular o aluno a articular os conhecimentos teóricos apreendidos com a prática vivenciada no serviço. Entretanto, pode dificultar a vida do estudante em sua prática profissional, a depender de suas representações acerca do papel e de suas competências pedagógicas (HENDERSON; EATON, 2013; OLIVEIRA, 2014).

Ademais, Silva (2017) ressalta que deve ser assegurado aos profissionais preceptores o conhecimento do Projeto Político (PP) do curso, bem como a capacitação para a sua execução. Além disso, atividades de educação permanente e ou continuada também devem estar previstas. Tais atividades podem ser organizadas e colocadas em prática com apoio e participação efetiva dos tutores, docentes e coordenadores do Programa, numa construção coletiva nos cenários de saúde, estreitando o vínculo entre estes seres humanos, também cidadãos.

Sendo assim, pode-se concluir que os preceptores que participaram de capacitações para melhorar suas habilidades pedagógicas tiveram maior satisfação pessoal em trabalhar com o aluno, aumento de sua segurança ao oferecer ensino clínico além da oferta ao discente do reconhecimento e do entendimento claro do seu papel dentro do processo ensino-aprendizagem (JESUS; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

A metodologia refere-se ao caminho necessário para estudo do objeto em investigação. Isso inclui as concepções teóricas e técnicas a serem utilizadas para compreender a realidade em estudo (MINAYO, 2004).

A pesquisa teve como percurso metodológico uma abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo e se caracteriza também por um estudo de caso. Em outras palavras, a pesquisa exploratória, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995; QUEIROZ, 1992). Já o estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis (FIGUEIREDO, 2008).

De acordo com Minayo (2008), a pesquisa qualitativa tem uma metodologia própria, que visa à compreensão interpretativa das experiências dos indivíduos dentro do contexto em que foram vivenciados, respeitando as singularidades dos mesmos. Para Leopardi *et al.* (2001) a pesquisa qualitativa permite compreender um problema a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, dentro do contexto de sua vida diária, suas conquistas, desapontamentos, surpresas e tantas outras emoções, sentimentos e desejos. Segundo Creswell (2014), a pesquisa qualitativa começa com pressupostos e o uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam os estudos dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano.

Para estudar esse problema, os pesquisadores qualitativos usam uma abordagem qualitativa da investigação, a coleta de dados em um contexto natural sensível as pessoas e aos lugares em estudo e a análise de dados que é tanto indutiva quanto dedutiva e estabelece padrões ou temas. O relatório final ou a apresentação incluem as vozes dos participantes, a reflexão do pesquisador, uma descrição complexa e interpretação do problema e a sua contribuição para a literatura ou um chamado à mudança.

Pode-se considerar o estudo de caso como uma modalidade de pesquisa entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações (VENTURA, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado nas unidades básicas de saúde que recebem a residência multiprofissional em saúde no município de Caicó-RN. Segundo dados do Ministério Brasil (2018), Caicó é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Norte. É a principal cidade da região do Seridó, localizada na região central do estado, distante 282 km da capital estadual, Natal. O município se estende por 1.228,6 km² e conta com 62.709 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 51 habitantes por km² no território do município.

No município de Caicó a rede de Atenção Básica está composta por 26 unidades de atenção primária, destas, 21 são Estratégias Saúde da Família (ESF) e 05 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais. Dessas, 03 são na zona rural e 23 na zona urbana, com a integração de 16 equipes de Saúde Bucal, sendo 13 na zona urbana e 03 móveis da zona rural.

Uma vez implantado na Escola Multicampi de Ciências Médicas, o curso da residência teve como campo de atuação as unidades básicas de saúde do município, para tal, 5 equipes foram destinadas a acolher os residentes que atualmente desenvolvem seus trabalhos acompanhados por preceptores. A atuação da residência multiprofissional na atenção básica do município trouxe ganhos para a região do Seridó, atuando de forma diretiva e resolutiva nas reais necessidades de saúde da comunidade, diminuindo os encaminhamentos para a rede.

O município dispõe em sua capacidade instalada de Serviços Especializados, Apoio Diagnóstico, Reabilitação e Tratamento como: laboratórios de patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassonografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia, serviços de atenção ocular, oncológica, dentre outros. Há em sua capacidade instalada o laboratório municipal de patologia clínica e o laboratório regional que realiza exames direcionados a Saúde Pública. Ainda faz parte desta

organização o Serviço de Vigilância Sanitária, Centro de Controle de Zoonoses e Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids.

A rede hospitalar do SUS no município conta com 02 unidades hospitalares, sendo 01 de natureza filantrópica e 01 estadualizado. O hospital estadualizado é a Unidade Hospitalar Regional do Seridó, também conhecido como Hospital Telecila Freitas Fontes. Também, existe a Fundação Hospitalar Carlindo Dantas - Hospital do Seridó, que tem perfil mais direcionado a área materno-infantil. O Hospital de Oncologia do Seridó, que serve de referência na área de Oncologia. A Clínica do Rim, serviço terceirizado que realiza hemodiálise e consultas ambulatoriais.

O município de Caicó, possui um Hemocentro Regional, responsável pela captação de sangue e distribuição para as redes hospitalares pactuadas na regional, a SMS possui um laboratório próprio, o Laboratório Municipal Nailde Dantas, onde são realizados exames menos complexos. Há no município o Laboratório Regional – LAREC que, esse é responsável por realizar exames mais complexos, serve de referência para os municípios da IV região de saúde.

As Redes de Atenção do município estão estruturadas com caráter de Região de Saúde englobando as áreas programáticas de Saúde Mental, Pessoas com deficiência, atenção materna e infantil, doenças e complicações crônicas e urgência e emergência. Quanto à Saúde Mental, existe no município o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, Residência Terapêutica, e atendimento com internação na Unidade Hospitalar Regional do Seridó, para aqueles pacientes que requerem urgência/emergência. Assim como também o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas. No tocante ao cuidado da pessoa com deficiência existe o Centro de Reabilitação Infantil-CRI e Centro de Reabilitação do Adulto-CRA. A Rede de Atenção Materna e Infantil oferta melhoria do acesso e ampliação da qualidade do pré-natal, atenção a saúde das crianças de 0 a 24 meses, ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo. A Rede de Atenção às Urgências oferta a implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no município. Rede de Atenção as doenças crônicas oferta os ambulatorios de especialidades instituídos pelo programa de residência médica.

Na assistência farmacêutica, a distribuição é realizada pela Central de Abastecimento Farmacêutico para as unidades distritais locais do município. Na Regulação e controle do sistema de saúde do município, a Central Regional de Regulação do Seridó foi inaugurada em 19 de dezembro de 2013 com sede em Caicó,

atendendo aos 25 municípios da região do Seridó, tem o objetivo de organizar os fluxos e a consolidação dos serviços existentes na IV Região de Saúde com a Central Metropolitana, sendo a segunda central implantada no Estado do Rio Grande do Norte. Constituem a vigilância em saúde do município: a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador que também compõem a rede de serviços oferecidos a população.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde como preceptores do município de Caicó e que recebem a residência Multiprofissional em Saúde pelo programa da Escola Multicampi de Ciências Médicas – UFRN. Foi utilizado na pesquisa uma amostra intencional, cuja seleção é baseada no conhecimento sobre a população e o propósito do estudo.

Nesse sentido foi realizado um levantamento dos preceptores das 5 equipes e verificou-se uma estimativa de 33 profissionais que seriam entrevistados, sendo 11 preceptores de nível médio e 22 de nível superior.

No momento da coleta estavam presentes e se encaixaram nos critérios de inclusão 18 preceptores, sendo 10 de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) e 8 de níveis médio (técnicos em enfermagem). No entanto, alguns profissionais se recusaram a participar da pesquisa. Trazendo a compreensão de que preceptor é aquele profissional de nível superior e com titulação mínima de especialista na área de atuação profissional, alguns profissionais não exercem a preceptoria da forma como é definida no regimento geral do programa de residência em saúde, a exemplo, os técnicos de enfermagem. Porém, foram considerados preceptores por também acompanharem e participarem da formação dos alunos e residentes nos campos de práticas de forma supervisionada.

Dentro do universo dos preceptores entrevistados, os profissionais do nível superior eram estatutários, concursados e que prestavam serviço ao município há pelo menos um ano. Os profissionais do nível médio representavam uma mescla entre profissionais estatutários e contratados do município.

O planejamento para recrutamento ocorreu sendo que o acesso aos sujeitos da pesquisa foi antes do período da coleta. Na ocasião foi inicialmente agendado um momento para apresentação da proposta do estudo e justificar como o mesmo

mensuraria em implicações da residência multiprofissional para o fortalecimento da Atenção Básica, no município.

Ou seja, foi solicitado uma ocasião com os preceptores das equipes selecionadas para esclarecimentos sobre o estudo e agendamento de entrevistas. Na oportunidade foi ressaltado a necessidade de apoio, envolvimento e participação de todos e convidá-los de forma livre e esclarecida a participarem da pesquisa, esclarecendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e o termo para autorização de gravação de voz (APÊNDICE C) para efetivação do estudo que se desenvolveu.

A atuação da residência multiprofissional enquanto criação de vínculos e compartilhamentos de práticas e ações educativas favorecendo um meio mais propício a trocas de aprendizado foi discutida com os profissionais da atenção básica.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, os preceptores que desenvolviam práticas laborais nas Unidades Básicas de Saúde do município e que recebiam residentes (médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos de enfermagem), estivesse em pleno exercício no momento da coleta e tivesse tempo disponível para participar da pesquisa, além de ter aptidão para responder o instrumento de coleta de dados.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os preceptores que exerciam suas atividades em outros setores da saúde e que não recebiam a residência multiprofissional nas suas práticas, estivesse no gozo de suas férias, de licença ou afastado das suas atividades laborais e os que não quiserem participar da pesquisa.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante o mês de janeiro de 2020, após aprovação do Comitê de ética e Pesquisa da UFRN, Faculdade de Ciências da Saúde - FACISA com número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE 22403119.7.0000.5568.

Para procedimento de coleta de dados foi utilizados métodos específicos que permitiram conhecer, identificar e analisar a realidade das práticas de saúde desenvolvidas com a equipe da RMS durante as atividades laborais dos profissionais.

Dessa forma, para coletar os dados das entrevistas foi utilizado um roteiro, cujo os aspectos investigados tinham como temas norteadores: a busca por novas dinâmicas de trabalho, relações entre as profissões na dinâmica da produção dos serviços de saúde, expectativas relacionadas ao trabalho da residência multiprofissional, vivências e mudanças na realidade do processo de trabalho em equipe.

Foram entrevistas semiestruturadas, mediante um roteiro previamente construído de forma autoral. As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI; QUARESMA, 2005).

Sua escolha para o estudo pode ser ressaltada pela a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Desse modo, colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. Além do mais, a elasticidade quanto à duração, permite uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos.

Após explicação sobre os propósitos da pesquisa e as questões éticas, os preceptores assinaram o TCLE e o termo de consentimento para gravação, e as entrevistas foram realizadas e gravadas. Foi realizada entrevista semiestruturada gravada por meio digital para posterior transcrição, de forma que o pesquisador pudesse registrar dados. Cada participante da pesquisa usou uma média de 30 minutos para responder ao questionário. Se em algum momento o profissional tivesse

alguma dúvida ou não soubesse responder, seria realizado uma explanação ou redirecionamento do tema.

A coleta dos dados aconteceu no local da pesquisa conforme disponibilidade dos participantes. A entrevista ocorreu em horário de atividade funcional das unidades, não acarretando prejuízos nas atividades laborais. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participante deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significado) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e do processo de produção de mensagem (MINAYO, 2004). Assim, podemos concluir que a análise de conteúdo é uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores. Ademais, a técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo (SANTOS, 2012).

Segundo Bardin (2011) define descrição analítica apresentando as prováveis aplicações da análise de conteúdo como um método de categorias que permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas. Segundo a autora, uma análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, ao contrário, ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação (SANTOS, 2012).

Segundo Santos (2012) na fase inicial, pré-análise, o material é organizado, compondo o corpus da pesquisa. Escolhem-se os documentos, formulam-se hipóteses e elaboram-se indicadores que norteiem a interpretação final, porém é fundamental observar algumas regras: (i) exaustividade, sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, preocupa-se com amostras que representem o universo; (iii) homogeneidade, nesse caso os dados

devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria. O tratamento dos resultados compreende a codificação e a inferência. Descreve, por fim, as técnicas de análise, categorização, interpretação e informatização, apresentando alguns exemplos facilitadores.

Para efetivação da técnica de análise da pesquisa seguiu as fases de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na fase inicial foi realizada a organização do material, realizando inicialmente leitura flutuante conhecendo os textos e seus conteúdos. Após isso foi realizado a organização do material, obedecendo as regras para a “constituição do corpus” que é o conjunto de regras que vai submeter essa análise, como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

Para a próxima etapa, foram reformuladas as hipóteses e os objetivos, determinou-se as unidades de registro (palavra ou frase), unidades de contextos (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise. Tornaram unidades de registro os parágrafos de cada entrevista, foram identificadas as palavras chaves, realizou-se um resumo de cada parágrafo para realizar cada categorização.

Na diferenciação dos índices e elaboração de indicadores foi possível identificar, em função das hipóteses, índices que ganharam sentido, a partir da análise. O índice é a mensagem explícita a partir de um tema. A esse índice foi atribuído a importância pelas vezes que foi repetido, podendo ser entendido como ponto forte e significativo para os participantes. O indicador, foi a frequência que esse índice apareceu. Logo em seguida foi feita a numeração dos elementos do corpus e identificação das unidades de análise por cores diferenciadas.

Em seguida foi realizado exploração do material propriamente dito, analisando o texto de acordo com as categorias instituídas. Após isso, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados, as categorias foram utilizadas como unidades de análise de maneira que permitiram ressaltar informações obtidas. Com isso, foram feitas inferências com o material e interpretações previstas no quadro teórico. Optou-se por utilizar siglas enumeradas ao final das falas transcritas para manter o anonimato dos preceptores.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida observando-se os princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução do CNS nº466/2012. Tendo por base essa Resolução, foi garantido o sigilo das informações obtidas, não as utilizando para fins que não sejam os da pesquisa.

Seguindo os requisitos acima referidos, foi garantida aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo, os que se disponibilizarem assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste instrumento estavam às informações referentes à pesquisa e as definições de sua participação. No TCLE também estavam assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

Acrescentando com a resolução nº 510/2016, o processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante; assim como o pesquisador deverá buscar o momento, condição e local mais adequado para que os esclarecimentos sobre a pesquisa sejam efetuados, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa, a quem será garantido o direito de recusa; além do mais o pesquisador deverá assegurar espaço para que o participante possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura.

Seguindo nessa perspectiva a pesquisa seguiu o princípio da eticidade a partir da resolução nº466/2012, que aprova normas éticas sob a ótica do indivíduo e das coletividades, conhecidas como princípios bioéticos da pesquisa, a saber: a) a **autonomia**, ou seja, o pesquisador deve respeitar o direito do participante em decidir fazer ou buscar aquilo que seja o melhor para si, considerando-o em sua dignidade e defendendo-o em sua vulnerabilidade; b) **beneficência**, o pesquisador deve sempre fazer o bem de maneira prática, isto significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro; c) previsão da **não maleficência**, garantindo que danos previsíveis possam ser evitados. Impedimento da realização de toda e qualquer

pesquisa que possa estar causando mal de qualquer tipo ao seu partícipe; d) **justiça e equidade**, estão associadas, as atitudes éticas, enquanto pesquisador, de preferencialmente, construir nossas relações com os grupos sociais, preocupando-se em igualar as oportunidades de acesso aos benefícios da pesquisa (BRASIL, 2012).

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a prévia permissão junto Secretaria Municipal de Saúde, para a qual foi encaminhado o presente estudo em forma inicial de pré-projeto de pesquisa, anexando-o uma carta de anuência solicitando-lhe autorização.

Vale salientar que após a aprovação do presente projeto pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP) e realização da pesquisa, o seu resultado final foi utilizado para investigação, publicação e divulgação em meios de comunicação, impressos ou visuais, a fim de contribuir para a discussão e debates sobre a implicações da residência multiprofissional para fortalecimento do trabalho em saúde nas unidades básicas de saúde do município de Caicó.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa foram realizadas 18 entrevistas com os preceptores das unidades básicas de saúde. Ressaltando que 10 profissionais eram de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) e 8 do nível médio (técnicos de enfermagem).

Dessa forma, os dados obtidos das falas dos participantes durante a entrevista foram organizados em categorias temáticas de análise, participaram para composição das categorias e unidades de análise dessa amostra os 18 profissionais entrevistados. A síntese das categorias e unidades de análise está descrita na tabela 01.

Tabela 1 - Categoria de Análise das Entrevistas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA DE UNIDADES DE ANÁLISE
Mudanças na dinâmica do trabalho em saúde com a inserção da residência	Fortalecimento do trabalho em equipe	04
	Melhoria na Qualidade dos serviços de Saúde	09
	Formação de grupos de Educação em saúde	03
Desafios para potencialização da atuação dos residentes	Carga horária e espaço Físico	04
	Ausência do preceptor da área	03
Expectativas relacionadas a atuação dos residentes	Atuação uniprofissional dos residentes	03
	Elaboração de Instrumentos de planejamento e avaliação das ações em saúde	03

Fonte: Dados obtidos pelas entrevistas a partir da técnica de categorização de Bardin.

5.1 MUDANÇAS NA DINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE COM A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA

Para compreender a importância do trabalho da RMS para AB, o ponto inicial da entrevista foi explorar a partir de vivências dos profissionais, as contribuições para o trabalho em saúde e a relação entre as profissões para a dinâmica da produção dos serviços.

Essa categoria foi elaborada a partir de três subcategorias a saber: o fortalecimento do trabalho em equipe, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a formação de grupos de educação em saúde.

A maioria dos participantes da pesquisa mencionaram como uma das mudanças mais expressivas a melhoria do trabalho em equipe, a partir de reuniões para discussão de casos e apoio matricial. As falas dos participantes destacam que a residência veio como um trabalho complementar e que sua presença estimulou uma mudança nas relações interprofissionais.

Depois da inserção da residência nós começamos a trabalhar mais em equipe do que antigamente, pois a gente só se reunia em algum momento para resolver algum problema ou planejar alguma ação Pontual (PR1)

Hoje eu vejo que é um trabalho complementar, porque antes da residência nós éramos muito limitados, cada profissional fazia só o que é de sua própria expertise. E hoje com a residência sem mesmo se programar a gente consegue fazer uma consulta multiprofissional. (PR2)

A residência ela tem ensinado aos profissionais da unidade a trabalhar em equipe, é isso que acontece! Então a residência tem envolvido todos os profissionais(...) quando é feita a ação vai convite para o planejamento, quando vão se planejar é enviado convite a todos os profissionais para participar do planejamento e da execução (...) Então assim quem participa aprende e isso é até uma autoestima profissional. (PR5)

O trabalho em equipe com vistas à integralidade do cuidado no espaço singular de cada serviço de saúde é assim definido como o esforço da equipe em traduzir e atender, da melhor forma possível, necessidades, muitas vezes complexas, captadas em sua expressão individual, o que resulta na “integralidade focalizada”, esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. O atendimento de cada profissional deverá manter o seu compromisso com a integralidade, que só será alcançada com o fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas (CECÍLIO, 2001; CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015).

Dessa forma, o trabalho em equipe caracteriza-se pela relação entre duas dimensões complementares – trabalho e interação humana. Portanto, configura-se na relação recíproca – de dupla mão –, entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Nesse processo, a comunicação

tem um papel central e, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI *et al.*, 2016).

Outra abordagem concebe o trabalho em equipe como as relações que o grupo de trabalhadores constrói no cotidiano do trabalho e propõe o reconhecimento e a compreensão dos processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe. O trabalho em equipe constitui uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar (PEDUZZI *et al.*, 2016; FORTUNA *et al.*, 2005).

De acordo com a publicação de West e Lyubonikova (2013) indica que os principais atributos do trabalho em equipe efetivo, que produz bons resultados para os pacientes, são: compartilhamento de objetivos comuns, suporte organizacional para estimular o trabalho colaborativo interdependente, liderança que contribua para integração da equipe e reflexividade, isto é, equipe com capacidade de reflexão sobre sua prática, corresponsabilização e monitoramento compartilhado das ações realizadas pelos colegas da equipe. Interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade são os principais atributos do trabalho em equipe efetivo, por isso pode-se dizer que a ausência ou a presença superficial desses elementos caracteriza pseudoequipes (WEST; LYUBOVNIKOVA; 2012).

Acrescenta Nascimento (2008) que o trabalho em equipe multiprofissional na ESF deve ser desenvolvido em uma perspectiva interdisciplinar, dada a necessidade de complementaridade do trabalho especializado de um único profissional, frente à diversidade de aspectos relacionados ao contexto de saúde doença de indivíduos, famílias e grupos sociais. A interação da equipe por meio de uma atuação contínua e envolvida pode contribuir de forma mais efetiva para as mudanças dos indicadores de saúde da população, e conseqüentemente, para a melhoria de sua qualidade de vida.

Nos relatos dos participantes também foi identificado que a presença da residência trouxe melhorias na prestação dos serviços e diminuição de encaminhamentos para a rede, resultando em maior resolutividade de casos de diferentes complexidades na atenção primária à saúde. Com a resolutividade mais presente, a população consegue aderir melhor aos planos de cuidado, a vinculação se estreita com os indivíduos e seus familiares.

(...)a gente que é dentista que precisa de um fonoaudiólogo para correção postural da língua, consegue fazer isso com fonoaudiólogo e isso amplia o leque serviço oferecido e melhor qualidade. (PR2)

É muito bom o trabalho dos meninos soma, eles vem para fortalecer o trabalho em equipe (...) É muito bom, é uma dinâmica tão diferente. Porque antes eu recebia um paciente com hipertensão tratava e ele ia embora era somente saúde curativa, porque eu estava só para resolver tudo. Hoje eu recebo um paciente a gente forma um grupo e fazemos promoção em saúde e educação e se torna menos cansativo com rosto novo, discurso novo, ideia nova é muito bom, soma muito. (PR3)

Com a chegada da Residência houve uma aproximação maior dos profissionais da unidade com os residentes e aos poucos a gente foi aprendendo a trabalhar uns com os outros, fomos aprendendo sobre as outras profissões, aprendemos com outras. Então hoje (...) a gente consegue dar uma orientação ao paciente, além do que é de nossa competência, pois com tempo a gente tá aprendendo orientações de outros profissionais e que a gente pode orientar no momento que estava vivenciando aquela consulta uniprofissional.(PR5)

O trabalho em si é muito positivo porque atenção básica ganhou uma equipe multiprofissional de apoio aos trabalhos que já eram desenvolvidos na unidade (...) as diversas especialidades que a residência em si nos trouxe abriu uma maior oportunidade de resolutividade dentro do da própria unidade sem precisar referenciar para outras instituições o paciente, evitando demora aumentando o problema do paciente. (PR7)

Com ajuda da residência a gente conseguiu resolver de certa forma ampliar muito o rol e ser mais resolutivo, discutir casos, manejar ações em conjunto, ter constância na reunião de equipe, mais diálogo entre a equipe, Sendo que o diálogo a gente já puxa da reunião em equipe. Anteriormente a isso nós não nos sentávamos nem dialogava. (PR9)

Segundo Alves (2019) aborda em seu estudo realizado na Cidade de Caicó, que a inserção da residência multiprofissional na atenção básica do município possibilitou uma maior qualificação no serviço de saúde, considerando o aumento do vínculo com os usuários, novos conhecimentos abordados nas atividades, melhoria na integralidade do cuidado, comunicação e troca de saberes entre profissionais envolvidos, melhoria no trabalho em equipe e na autonomia dos usuários. Estas questões, foram observadas, a partir da evolução na rotina do serviço, com maior vínculo dos usuários com os profissionais e a equipe se dedicava mais as suas práticas.

De acordo com Nascimento (2008) vem acrescentar que a resolução de problemas é de grande importância para os trabalhadores de saúde que tem como objetivo final de sua atuação profissional a identificação de necessidades e a

resolução de problemas da população. Está intimamente relacionada às demais áreas de domínio como: valores pessoais (atenção, respeito, interesse e paciência); habilidade de comunicação (saber ouvir e ter habilidades relacionais); trabalho em equipe (integralidade da atenção); orientada a comunidade (reconhecimento das necessidades sociais e de saúde da população); promoção da saúde (autonomia e cidadania); atenção à saúde (conhecimento clínico e visão de saúde ampliada) e em ciências básicas da Saúde Pública e Saúde Coletiva (conhecimento global: políticas públicas, processo saúde doença, dentre outros).

A Atenção Básica se apresenta como estratégia de reorientação dos serviços de saúde tendo como diretriz a resolubilidade dos problemas de saúde. Dessa forma, por ser considerada a porta de entrada do Sistema de Saúde, as Unidades Básicas devem ser capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Sendo assim, os profissionais da atenção primária devem apresentar áreas de domínio indispensáveis como as competências de identificar e compreender a dimensão individual e coletivas dos problemas de saúde priorizando os casos urgentes com resolubilidade e iniciativa (NASCIMENTO, 2008).

No tocante a configuração da Estratégia Saúde da Família (ESF) segundo o Ministério da Saúde (2017), deve ser composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também deve existir equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Dessa forma, quando a residência multiprofissional se inseriu nessas unidades de saúde, proporcionou inclusão de diversas categorias profissionais como: fisioterapeuta, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, médico veterinário e fonoaudiólogo.

Deste modo, a presença de residentes das categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente resultou no aumento da capacidade da equipe de resolver e/ou enfrentar os problemas de saúde do usuário, pois, para os trabalhadores, os residentes representaram um apoio na prestação do cuidado, por meio da troca de conhecimentos, proporcionado pela discussão de casos e tomada de decisão para a realização do cuidado em saúde entre diferentes categorias profissionais (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Segundo as falas dos profissionais a residência foi um grande influenciador para construção e permanência de grupos de educação em saúde. Esses grupos são formados de acordo com as vulnerabilidades sociais mais presentes naquelas comunidades, são dinâmicos com abordagem de educação em saúde interativos, fortalecendo o vínculo com a comunidade no território e trazendo novos modelos de trabalho e interação multiprofissionais entre a equipe. A formação desses grupos chamou atenção da comunidade por fazer saúde da forma simples e informal e enfatizando as culturas regionais de cada território. Além disso, foi citado também a realização de consultas multiprofissionais compartilhadas o que constroem os saberes dialogando, respeitando às singularidades das diversas práticas profissionais.

Também realizamos aqui na unidade atividades grupais com os residentes como calçada amiga, puericultura compartilhada, pré-natal compartilhado, grupo de tabagismo, grupo de atividade física, tem o grupo viver mais, com os hipertensos e diabéticos do bairro. (PR1)

A mudança que eu vi foi esse cenário com um leque de profissionais maior e também porque a gente conseguiu implementar grupos e dar continuidade a outros que antes a gente não tinha condições devido as inúmeras atribuições na equipe, a residência contribuiu também para realizar alguns atendimentos compartilhados e individuais. (PR6)

A calçada amiga que é hoje uma dinâmica que a gente gosta muito de trabalhar, a gente perceber o que é educação e saúde indo para o território, a gente consegue colher mais frutos do que quando está na unidade, Por que a gente tá indo conhecer a realidade de cada área, então fica mais fácil diálogo essa visão (...) Às vezes o pessoal tem muita vergonha ou receio de conversar com a gente na unidade e quando vai para a calçada fica mais fácil por conta da questão de informalidade, entramos em um tema importante de uma forma de brincadeira, uma forma mais dinâmica (...) (PR9)

Os trabalhos multiprofissionais desenvolvidos em grupo propicia a atuação do residente com ações resolutivas, a partir da sua aproximação com a comunidade, do conhecimento dos contextos social, econômico e cultural, que geram demandas que se evidenciam no estado de saúde das pessoas, com as quais ele convive e trabalha (BRASIL *et al.*, 2006).

De acordo com o estudo de Alves (2015) foi observado que para a ampliação do processo saúde doença é perceptível que os residentes consigam identificar a possibilidade de compreender o contexto ao qual o paciente está inserido. E que os

indivíduos não podem ser dissociados dos aspectos biopsicossociais, quando se fala do processo saúde doença.

Acrescenta ainda Starfield (2002) que para identificar e compreender a forma que a enfermidade se distribui entre os grupos sociais é preciso envolver um enfoque baseado na coletividade. No seu estudo como sugestão na Atenção Primária defende a abordagem do processo saúde doença a partir de parâmetros epidemiológicos e clínicos, utilizados de forma complementar, de modo a adequar os programas de atendimento às necessidades específicas de saúde de uma dada população.

Sendo assim, o envolvimento dos serviços de saúde com essas necessidades deve partir do reconhecimento das especificidades locais. A territorialização gera a possibilidade de haver responsabilidade sanitária, ou seja, o comprometimento do serviço com os resultados de atenção à saúde oferecida na qualidade de vida de indivíduos, famílias e grupos destinatários do cuidado (STARFIELD, 2002; NASCIMENTO, 2008).

5.2 DESAFIOS PARA POTENCIALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DOS RESIDENTES

Nas entrevistas foi bastante evidente o relato dos preceptores, sobre as barreiras de atuação dos residentes que se estendem desde a instituição de ensino com preceptores específicos indisponíveis para os serviços até as unidades de saúde com infraestrutura inadequada. Isso reflete também no processo de trabalho das equipes como ponto importante a ser discutido.

Essa categoria foi elaborada a partir de duas subcategorias a saber: carga horária e espaço físico reduzido nas unidades e ausência de preceptor de cada área de atuação específica.

Diante das falas descritas observa-se como desafios para a equipe da UBS e residência alguns fatores limitantes para trabalhar práticas de atividades individuais e coletivas como espaço físico limitado e tempo de permanência reduzido da residência na unidade. Isso limita o suporte das atividades desenvolvidas na unidade como demandas grupais e atendimentos individualizados desenvolvendo um trabalho com descontinuidade de ações trazendo impactos negativos relacionados a integração de ações com equipe e comunidade.

Uma coisa que eu vejo que limita um pouco a questão da atuação deles é que a unidade contém poucas salas ainda, se tivesse uma adaptação ou reforma que a gente pudesse expandir a questão das salas e espaço físico, poderia desenvolver mais atividades com eles. (PR2)

Melhoria de estrutura física e permanência na unidade por mais tempo para que eles pudessem aumentar alguns atendimentos pontuais nos pacientes. (PR7)

Aumento da carga horária na unidade para dar um suporte maior é um ponto bem interessante. Porque eles ficam aqui dois dias e eles fazem rodízio em mais duas unidades, então eles ficam com a carga horária bastante acumulada de trabalho e tarefas, e acaba que as atividades fiquem mais pontuais. A gente tinha o interesse de fazer um grupo de gestantes, mais nem sempre eles conseguem esta inseridos no dia que seria mais propício no horário que seria pra gestante. Nem sempre eles estão disponíveis e aí acaba que essa carga horária seja dividida para três unidades ficando sobrecarregados. (PR12)

Os serviços prestados pelos residentes causam essa descontinuidade das ações e serviços em função da configuração de como foi organizado e projetado os rodízios nas unidades de saúde. O tempo de duração e a distribuição do formato de carga horária pela instituição formadora propriamente já se encarregam de dividir os residentes nos rodízios em vários locais durante a semana, prejudicando a imersão no cotidiano da UBS e cenários de práticas.

Com relação ao espaço físico, foi citado que as unidades de saúde não comportam uma turma numerosa com salas e locais para atendimentos, que é feito uma adaptação do ambiente com o que pode. Para dirimir essa lacuna a equipe realiza muitos trabalhos imerso no território, como territorialização da área, para conhecer as vulnerabilidades e reais necessidades de saúde da comunidade, visitas domiciliares compartilhadas para avaliar de forma holística e integral o paciente, realiza grupos como calçada amiga (conversa na calçada) dentro do território transformando realidades e inserindo educação em saúde de forma criativa e descontraída, grupo de mulheres artesãs (promoção a saúde com artesanato), grupos de educação física na praça proporcionando maior adesão aos exercícios e vários outros.

Esses relatos corroboram com as palavras de Ceccim *et al.* (2016) de que não havia intenção de encontrar boas práticas, modelos ou receitas para serem replicadas, mas identificar práticas que se diferenciam por serem inéditas ou inovações que expressassem produção de cuidado individual ou coletivo nos cenários de práticas.

Sendo assim, a equipe de Residência Multiprofissional em Saúde é um potente transformador de realidades, transfigurando as práticas de saúde tradicionais com êxito envolvendo os equipamentos sociais da comunidade, sendo complemento e ao mesmo tempo estímulo as ações desenvolvidas na comunidade.

De acordo com o estudo de Trajman (2009), o reduzido espaço físico e precárias condições físicas foi o ponto mais mencionado pelos entrevistados por serem dificultadores para a formação na Atenção Básica do Rio de Janeiro, corroborando com essas questões levantadas pelos preceptores na pesquisa.

Segundo alguns relatos citados, a falta de um preceptor específico traz prejuízos a atuação profissional dos residentes, acarretando insegurança e desânimo durante essas atividades. Atualmente os preceptores diretos nessas equipes são médicos, enfermeiros e odontólogos, não abrangendo todas as profissões disponíveis de residentes do programa de residência da universidade. No entanto, quando surge alguma dúvida que não possa ser sanada imediatamente, a orientação dada pelo preceptor é que busque na literatura ou procure orientação com seus professores.

O residente quando ele chega no serviço ele ainda se sente muito aluno, embora ele já seja formado, mas eu percebo em alguns dos R1 ainda tem receio e que eles queriam ter um receptor específico. Eu sei que é para instituição fornecer preceptor para cada profissão, mas não fornece. Mas eu percebo que eles ainda têm essa insegurança. Então da mesma forma eu digo para os residentes: se surgir uma dúvida você não souber, você não tem o seu preceptor ali, estude em casa e no dia seguinte dê a resposta. (PR9)

Quando os meninos tem alguma dúvida específica da sua área que não é da minha profissão eles se sentem bastante inseguros em prosseguir com o procedimento ou orientação (PR13)

Também foi citado pelos preceptores o conflito de identidade do residente quando chega no serviço (aluno ou profissional formado), pode ser explicado pelo pequeno espaço entre tempo de formação sem experiência profissional e inserção nos cenários de práticas dos rodízios, com todo contexto social e econômico de cada setor.

Corroborando com as falas acima, foi encontrado grande número de recém formados nas residências pois é uma forma que os profissionais recém graduados encontram para dar continuidade ao percurso formativo, adquirindo competências e saberes que a graduação, por vezes, não consegue ampliar (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017). Assim como também a falta de oportunidades no mercado

de trabalho aos recém graduados pode caracterizar um motivo para o ingresso em uma residência.

5.3 EXPECTATIVAS RELACIONADAS A ATUAÇÃO DOS RESIDENTES

Os dados das entrevistas trouxeram que os preceptores enxergam nos residentes expectativas que se colocadas em práticas gerariam produtos que melhorariam o processo de trabalho das equipes, além de citar também os anseios entre a RMS e equipe para produção de saúde.

Essa categoria foi elaborada a partir de duas subcategorias a saber: atuação uniprofissional dos residentes e elaboração de instrumento de planejamento e avaliação das ações em saúde.

Diante da realidade identificada nas entrevistas como expectativas relacionadas a atuação dos residentes identificou-se com maior evidência ainda a fragmentação de vínculos com a equipe, inabilidades de adaptação com o novo, descontinuidade das ações iniciadas anteriormente, déficit de diálogo e coparticipação em algumas tarefas.

Bem, minhas expectativas de trabalho é que pudesse fluir bem mais em relação ao trabalho em equipe, em relação interprofissional. Mas eu acabei que me decepcionando, como eu já falei, não tenho vínculo forte como a outra equipe. Talvez porque eu já tinha pegado o barco andando, a residência já estava aqui há seis meses, já tinha um vínculo bem estabelecido. Então, eu não tenho uma relação tão ativa com eles como eu tinha no meu outro local de trabalho. (PR5)

A minha expectativa era de que eles agregassem as experiências que eles tinham profissional ou academicamente com a nossa. Com a presença dos residentes o trabalho em grupo fica mais facilitado na questão de organização e desempenho de atividades. Então como os meninos ficam só um ano com a gente essa quebra de vínculo é um pouco traumática para a população, porque as vezes a turma nova não quer dar continuidade ao projeto iniciado anteriormente. Porque se depender só dá unidade a gente não dá conta de desempenhar todas as atividades. Então os meninos realmente com essa parte de grupos eles tem muito mais autonomia de liderança e execução do que a gente. (PR10)

Quanto ao déficit de diálogo entre a equipe multiprofissional, Nascimento (2008) fala que a habilidade de se comunicar é indispensável ao profissional da saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF e também para a interação

adequada com o paciente no processo de cuidado. A comunicação no relacionamentos interpessoais é fundamental para o estabelecimento de vínculo, para compartilhar conhecimentos entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços de saúde.

Corroborando com o parágrafo anterior, Witt (2005) relata que a comunicação é um instrumento imprescindível para os profissionais de saúde, pois promove relações interpessoais com a equipe e os usuários permitindo a qualidade do cuidado.

Diante do exposto nas falas pode-se questionar uma fragilidade de vínculos que compõem a residência multiprofissional com equipe e comunidade, fato que está atrelado aos rodízios dos residentes em outros setores concomitantemente e a sobrecarga de trabalho semanal. Ligado a isso surge o sentimento de não pertencimento aos cenários de práticas causando interferência nos relacionamentos interpessoais e déficit de integração com comunidade. Dessa forma, fica o questionamento se a Instituição de ensino leva em consideração a problemática no seu planejamento?

No tocante as contribuições da residência Maia e Goya (2016) realizou um estudo em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará apontou que a inserção dos residentes agregou serviços, reduzindo a peregrinação dos usuários e ampliando a resolutividade da atenção primária a saúde, fortaleceu a integralidade da assistência por meio da educação em Saúde e favoreceu a escuta e vínculo entre profissionais e usuários. No entanto, a rotatividade dos profissionais residentes fragiliza a produção de cuidado o que sugere uma necessidade de preparação logística e organizativa mais detalhada na entrada da equipe de residentes nos cenários de práticas.

Diante dos relatos citados destacam que o impacto do trabalho realizado pela residência não teve avaliação de sua relevância na vida das pessoas, não foi mensurado ou exposto, seu impacto para melhoria da qualidade de vida da população e influências palpáveis para a equipe, assim como também existe a necessidade de formulação de um protocolo clínico para nortear as práticas assistenciais na Atenção à saúde.

É exatamente a criação de protocolo de atendimento. Hoje Caicó, é um município muito carente de protocolo clínico, até protocolo de processos de trabalho que a gente não tem. (PR1)

A gente não tem nenhum instrumento de averiguação das atividades que os meninos têm feito ainda não tem instrumento oficial. A gente vê pelo discurso da população, mas registrado oficialmente a gente não. A partir desse trabalho que eles têm feito que a gente no dia ver

que melhorou, mas a gente precisa criar instrumentos para oficializar esses resultados, transformar esses dados que a gente palpa, mas não tem documentado. (PR8)

Refutando o que trouxe nas falas, Torres (2019) em suas palavras relata que a residência multiprofissional em Saúde trouxe contribuições significativas para a melhoria na saúde da população, através de melhorias nos hospitais com investimento em infraestrutura, profissionais qualificados na região do Seridó. A melhoria na qualidade da saúde ofertada à população também foi um dos pontos mais positivos efetivados com a chegada da Residência Multiprofissional em Saúde, perceptível com a presença dos indicadores de saúde. São estratégias que permitem o pensamento mais científico ao gerir os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo melhor organização da rede de atenção básica, bem como sua relação com outras redes.

Acredita-se que presença de um instrumento para guiar as práticas assistenciais daria maior segurança pela padronização de condutas. Um protocolo de assistência é o conjunto de passos com intuito de sistematizar o tratamento e acompanhamento do paciente, instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde (ROCHA; FREITAS, 2003). Segundo Uchoa e Camargo Júnior (2010) a utilização de protocolos com base em estudos científicos e opinião de profissionais é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torna-la segura.

Pensar na proposta de instrumentalização de um material norteador de práticas de saúde seria bastante relevante para a atenção primária em saúde e serviria de base para orientação em outras instituições também. Além disso, percebe-se que é notório a importância de perpetuar informações sobre o impacto da residência na saúde seridoense assim como suas contribuições para melhoria da qualidade de vida da comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após execução da pesquisa e análise, emergiram resultados significativos oriundos deste cenário de práticas, evidenciando que a implantação dos residentes nas UBS estudadas, está se dando de forma positiva, ampliando o acesso dos atendimentos dessas unidades, através de uma assistência diversificada pela equipe multiprofissional, favorecendo o trabalho entre equipe e usuários e aumentando a resolubilidade desses serviços de saúde. No entanto, observou-se ainda a precarização das condições de trabalho na APS e lacunas organizacionais da equipe.

De forma geral a Residência Multiprofissional em Saúde mostrou-se como um potente transformador de realidades, instigando as equipes à produção de saúde e conhecimento de forma inovadora. Além disso, há a transfiguração das práticas de saúde tradicionais com êxito, envolvendo os equipamentos sociais da comunidade como complemento e estímulo as ações desenvolvidas no território. Entretanto, nesse processo ainda existe fragilidades apontadas que precisam ser sanadas para garantir um maior aproveitamento desses profissionais além de poder servir de base para mensurar seu impacto na comunidade.

Percebeu-se ainda as difíceis condições de trabalho enfrentadas na Atenção Primária a Saúde como estruturas físicas deficientes e lacunas organizacionais que impedem um maior desenvolvimento das atividades. Além disso, entende-se também a necessidade de melhor planejamento institucional a fim de evitar a rotatividade do residentes causando déficits de vinculação entre equipe e comunidade.

Explorar as implicações da Residência Multiprofissional em Saúde nessas Unidades Básicas expõe elementos importantes com intuito de avançar na perspectiva de reorientação da Atenção Primária em Saúde, em todo território nacional.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde têm como pretensão a integração ensino-serviço-comunidade, de acordo com os objetivos do SUS, bem como a reorientação da formação profissional pautada nos princípios de integralidade ao cuidado a saúde. Dessa forma, o diagnóstico situacional da inserção da residência multiprofissional em Saúde na atenção primária teve como propósito o reconhecimento das contribuições efetivas e relevantes além das fragilidades e desafios encontradas no processo de trabalho, sob ótica do trabalho multiprofissional para atenção integral a saúde. No entanto, deve ser levado em consideração reflexões

de como poderíamos tornar mais proveitoso a inserção desses residentes na atenção primária do município.

Seguindo nessa perspectiva, quanto a implicações da RMS na APS seria importante enfatizar adequação aos rotários dos residentes com relação ao tempo de duração e a forma de distribuição de carga horária justificando a necessidade de uma maior imersão nos cenários de práticas. A pesquisa trouxe elementos que comprovou também a necessidade de melhor investimento na estrutura física e espaço físico quesitos básicos das unidades básicas, para desenvolvimento das atividades seguindo os critérios de integralidade durante as consultas. Assim como também foi identificado ser imprescindível a presença de preceptores específicos por área para as práticas em saúde, para melhorar a autonomia e segurança dos residentes.

Acrescento também, a importância de criação de mecanismos para a construção de um instrumento norteador de práticas assistenciais, um protocolo de atendimento, para sistematizar o tratamento e acompanhamento do paciente, instrumentalizando as ações e serviços de saúde.

Por fim, o desenvolvimento do estudo e aprofundamento com essa temática, assim como os achados inerentes ao processo de pesquisa, escrita e leituras foram importantes para um caminho de transformação profissional que ainda permanece em formação. De acordo com os objetivos dos programas de mestrado profissional que são: possibilitar a sinalização de problemáticas elucidadas a partir da instrumentalização teórica; apontar possíveis caminhos de resoluções; e provocar mudanças nas práticas profissionais das realidades vivenciadas, penso que foi contemplado de acordo com sua finalidade e contribuído para fortalecer a discussão sobre as RMS na APS.

Esse programa de mestrado também contempla a necessidade de participação dos profissionais na formação em saúde, sendo fundamental para o ensino-serviço-comunidade inserido no cenário do estudo e que fornece instrumentos que me transformem em agente multiplicador dos achados do estudo em questão.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

ALVES, Elaine Cristina. **Residência multiprofissional, desafios e compromissos na reorientação da formação para o SUS: um estudo na atenção primária**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

ALVES, Ilara Maria Ferreira. **A colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência**. 2019. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó-RN, 2019.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares; BARRETO, Ivana; PONTES, Rosa; *et al.* Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 187-214, 2017.

BATISTA, Josemar. Preceptorial em enfermagem: formação dos enfermeiros para o SUS. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 3, p. 1-10, 2017.

BAXTER, Pamela Elizabeth. Providing orientation programs to new graduate nurses: Points to consider. **Journal for Nurses in Professional Development**, v. 26, n. 4, p. 12-17, 2010.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 65-85, 2011.

BOUSQUAT, Aylene.; GIOVANELLA, Ligia.; Campos, Estela Márcia Saraiva.; *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL, Camila da Costa; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos; VASCONCELOS, Ana Paula Silveira. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, 2017.

BRASIL. Casa Civil. **Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF). 1990 19 set.;seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e Programas de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de organização da atenção básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/ 2017**. Dispõe sobre a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos–dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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.

BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Resolução nº2 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

CARVALHO, Selda Maria de Aguiar. **Preceptoria em enfermagem na residência multiprofissional em saúde: percepções e práticas dos preceptores**. 2016. 120f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2016.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; RUIZ-MORENO, Lídia. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; LIBERALINO, Francisca Nazaré. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal (RN): EDUFRN, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc Saúde coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; CAMPOS, Jaqueline Dinorá Paiva.; *et al.* **In-formes da Atenção Básica**: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Porto Alegre (RS): Rede Unida, 2016.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO, 2001. p.113-126.

CIDADE-BRASIL. **Município de Caicó**. Cidade Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-caico.html>. Acesso em: 20 mar. 2018.

COSTA, Ana Carolina Santana; AZEVEDO, Cristina Camelo. A Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 265-282, 2016.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saude em debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. São Paulo (SP): Penso Editora LTDA, 2014.

CRUZ, Ângela Maria Paiva; MELO, José Daniel Diniz. **Avanços e desafios**: plano de gestão 2015-2019. Natal (RN): EDUFRN, 2017.

DIAS, Ieda Ávila Vargas. Residência multiprofissional em saúde e suas normativas. In: **Percursos interprofissionais**: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre (RS): Editora Rede Unida, 2016.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1221-1232, 2015.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; *et al.* A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

DUSSAULT, Gilles; FRANCESCHINI, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Hum Resour Health**, v. 4, n. 12, p. 1-19, 2006

FERREIRA, Janise Braga Barros; FORSTER, Aldaísa Cassanho; SANTOS, José Sebastião. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 127-133, 2012.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3 ed. São Caetano do Sul (SP): Yendes, 2008.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; MATUMOTO, Silvia; *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GERMANO, Mariana Fernandes de Medeiros. **Programas de residência multiprofissional em saúde no Seridó Potiguar**: perfil e percepção de egressos. 2019. 66f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) - Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 21-23, 2008.

GONÇALVES, C.N.S; CORRÊA, Aline Bússolo.; SIMON, Gabriela.; *et al.* Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 6, p. 1678-1686, 2014.

GOULART, Carolina Tonini; SILVA, Rodrigo Marques; BOLZAN, Maria Elaine de Oliveira; *et al.* Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 178-86, 2012.

HÄFELE, Vítor; SIQUEIRA, Fernando. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 6, p. 581-592, 2017.

HENDERSON, Amanda; EATON, Emma. Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: what 'support' do nurses at the bedside need? **Nurse Education in Practice**, v. 13, n. 3, p. 197-201, 2013.

JESUS, Josyane Cardoso Maciel de; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MACINKO, James; COSTA, Maria Lima. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Tropical Medicine & International Health**, v. 17, n. 1, p. 36-42, 2012.

MAIA, Ítala Maria de Queiroz; GOYA, Neusa. Percepções da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **SANARE**, v. 15, n. 2, p. 67-77, 2016.

MELO, Carla Nayane Medeiros; CHAGAS, Maristela Inês Osawa; FEIJÃO, José Reginaldo Parente; *et al.* Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. **SANARE**, v. 11, n. 1, p.18-25, 2012.

MELO, Lucas Pereira; SANTOS, Marcelo; CÂMERA, Rafael Barros Gomes; *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1333-1343, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo (SP): Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª Edição. São Paulo (SP): Hucitec, 2004.

MIYAZATO, Helena Scaranello Araújo. **Competências do preceptor enfermeiro: uma análise da percepção de enfermeiros de uma instituição hospitalar privada**. 2015. 115f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado; LEITE, Ilana Deyse Rocha; OLIVEIRA, Lucineire Lopes; *et al.* A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 442, 2010.

NASCIMENTO, Debora Dupas Gonçalves. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS**. 2008. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 10, n. 4, p. 435-439, 2006.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

NUNES, Sandra Lúcia Dias. **Potencialidades e desafios no exercício da preceptoria no estágio curricular supervisionado da graduação em enfermagem**. 2019. 66f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

OLIVEIRA, Francijane Diniz. **A preceptoria na Estratégia Saúde da Família: o olhar dos profissionais de saúde**. 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

OLIVEIRA, Patrícia Cristina Cavalari. **Competências para preceptoria de Enfermagem no Ensino Superior**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação: Currículo) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, Renata Fonsêca Sousa. **Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: entre vozes e olhares**. 2018. 62f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em debate**, v. 36, p. 343-347, 2012.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, Marina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; *et al.* **Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional**. Barueri: Manole, 2016.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 318-325, 1995.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo (SP): Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992.

RASELLA, Davide; HARHAY, Michael; PAMPONET, Marina; *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, v. 349, 2014.

ROCHA, Renata; FREITAS, Abreu. Unidade de tratamento de queimados: relato de experiência sobre a construção de protocolo para os cuidados de enfermagem. **Enfermería global**, v. 2, n. 2, p. 2-11, 2003.

ROCHA, Romero; SOARES, Rodrigo R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health economics**, v. 19, n. S1, p. 126-158, 2010.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab Educ saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2009.

ROSEN, Rebecca; HAM, Chris. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, p. 2, 2009.

SANTOS, Fernanda Almeida. **Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SANTOS, Fernanda Marsaro. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **REVEDUC**, v. 6, n. 1, 2012.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; PEDUZZI, Marina. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, Verônica Caé. **Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro-preceptor na residência multiprofissional em saúde**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SOUSA, Núbia Maria Lima. **Conhecimento de preceptores da residência multiprofissional em saúde sobre metodologias de ensino**. 2017. 66f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEINBACH, Marina. **A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2015.

TARRANT, Carolyn; WINDRIDGE, Kate; BAKER, Richard; *et al.* 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. **Family practice**, v. 32, n. 1, p. 82-87, 2015.

TORRES, Pedro. **Residência Multiprofissional da UFRN contribui para a melhoria da saúde no Seridó Potiguar (internet)**. 2020. Disponível em:

<https://ufrn.br/imprensa/materias-especiais/23198/residencia-multiprofissional-da-ufrn-contribui-para-a-melhoria-da-saude-no-serido-potiguar>. Acesso em: 10 out. 2020

TRAJMAN, Anete. A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

UCHÔA, Severina Alice da Costa; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2241-2249, 2010.

UFRN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Resolução nº 179/2018 de 30 de outubro 2018**. Dispõe sobre o regimento geral dos programas de residências em saúde: multiprofissional e em área profissional da saúde. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VERAS, Telma de Fátima Vitaliano da Silva. **Percepção do preceptor sobre sua prática em um hospital universitário gerenciado pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2018. 72f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

WEST, Michael A.; LYUBOVNIKOVA, Joanne. Illusions of team working in health care. **Journal of health organization and management**, v. 27, n. 1, p. 134-142, 2013.

WEST, Michael; LYUBOVNIKOVA, Joanne. Real teams or pseudo teams? The changing landscape needs a better map. **Industrial and Organizational Psychology**, v. 5, n. 1, p. 25-28, 2012.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. World Health Organization, 2008.

WITT, Regina Rigatto. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICES



APÊNDICE A
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO
 GRANDE DO NORTE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO,
 TRABALHO E INOVAÇÃO EM MEDICINA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TCLE PARA PRECEPTORES QUE IRÃO RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado **“CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICA”** que tem como pesquisadora responsável a mestrandia Fernanda Kamila Souza de Oliveira. **Objetivos da Pesquisa:** Descrever o escopo de práticas, definidas como interprofissionais, realizadas pela residência multiprofissional em saúde; Analisar a integração das ações da residência multiprofissional com as demais atividades realizadas pelas equipes da AP; Identificar mudanças na lógica do trabalho em saúde, na perspectiva da interprofissionalidade, que possam ser atribuídas à presença da RMS. **Motivo:** Esta pesquisa poderá impulsionar as equipes das unidades básicas de saúde a identificar as práticas definidas como interprofissionais expressando o diálogo e interação dos profissionais que trabalham em equipe, além de trazer uma reflexão mais eficaz em relação ao cuidado prestado, tendo em vista reduzir custos e melhorar a produção de cuidados aos usuários. Implicando no fortalecimento do trabalho interprofissional na atenção básica o que reflete em uma assistência a saúde mais eficaz contribuindo em melhorias na qualidade de vida da população. **Alternativa para a participação na pesquisa:** A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual está vinculado e que você forneceu os dados. Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

_____ (Rubrica do Participante) _____ (Rubrica do Pesquisador)

Email da pesquisadora: fernanda_kamilaufcg@hotmail.com e Fone: 99453-3646
 Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – CEP/FACISA
 Rua Trairi, s/n – Centro* CEP 59200-000* - Santa Cruz/RN* Fone: (84) 3291-6953 *
 Email: cep@facisa.ufrn.br

Procedimentos da Pesquisa: Se você decidir participar desta pesquisa, será realizada entrevista semiestruturada gravada por meio digital para posterior transcrição, de forma que o pesquisador possa registrar dados. Cada participante da pesquisa usará uma média de 30 minutos para responder ao questionário. **Riscos:** Você recebeu os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim o risco de realizar a pesquisa é que o entrevistado possa não se sentir à vontade em responder os questionamentos por saber que está sendo avaliado ou gravando suas informações. Para minimizar os riscos comportamentais eventuais, a pesquisadora deverá proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e reservado sem interferências de outras pessoas durante a entrevista e deve garantir sigilo absoluto das informações recebidas e garantir seu anonimato. Além de dá o direito ao participante sair a qualquer momento da pesquisa. **Benefícios:** A pesquisa poderá explorar as implicações da residência multiprofissional em saúde, para o fortalecimento do trabalho interprofissional na atenção básica o que reflete na construção de uma assistência mais eficaz contribuindo para a resolutividade dos casos e melhorando na qualidade de vida da população. Sua entrevista ajudará ao desenvolvimento deste trabalho científico. Em caso de algum problema que você venha ter, relacionado com a pesquisa, você terá o direito a assistência gratuita que será prestada, mediante indenização por qualquer dano sofrido comprovadamente decorrente desta pesquisa. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. **Confidencialidade:** Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Será utilizado um código no depoimento, a fim de garantir que seu nome não seja revelado. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Fernanda Kamila Souza de Oliveira, através do número (84) 99453-3646. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), telefone (84) 9 9224 0009 ou mandar e-mail para cepfacisa@gmail.com ou cep@facisa.ufrn.br. O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI - FACISA é um órgão Colegiado interdisciplinar e independente, constituído nos termos da Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, e criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Fernanda Kamila Souza de Oliveira e as duas vias do TCLE devem ser rubricadas em todas as suas páginas.

_____ (Rubrica do Participante) _____ (Rubrica do Pesquisador)

Email da pesquisadora: fernanda_kamilaufcg@hotmail.com e Fone: 99453-3646
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – CEP/FACISA
Rua Trairi, s/n – Centro* CEP 59200-000* - Santa Cruz/RN* Fone: (84) 3291-6953 *
Email: cep@facisa.ufrn.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICA**” e **autorizo** a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Caicó/RN, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica
do
participante

Assinatura do pesquisador

_____ (Rubrica do Participante) _____ (Rubrica do Pesquisador)

Email da pesquisadora: fernanda_kamilaufcg@hotmail.com e Fone: 99453-3646
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – CEP/FACISA
Rua Trairi, s/n – Centro* CEP 59200-000*- Santa Cruz/RN* Fone: (84) 3291-6953 *
Email: cep@facisa.ufrn.br

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS PRECEPTORES

- 1) Como você vê a realidade do trabalho em equipe na UBS em que você está inserido?
- 2) Quais eram suas expectativas iniciais com a inserção de residentes na UBS em que você se insere? Em que medida essas expectativas foram alcançadas?
- 3) A partir de sua vivência e experiência, quais as principais contribuições da presença dos residentes na dinâmica de trabalho em saúde na UBS?
- 4) Você acredita que a presença dos residentes na UBS provocou alguma mudança na realidade dos serviços?
- 5) Na sua percepção quais as principais contribuições da presença dos residentes para o fortalecimento do trabalho em equipe, na perspectiva da interprofissionalidade?
- 6) Você teria alguma sugestão para que a presença dos residentes pudesse fortalecer a perspectiva do trabalho interprofissional na UBS?
- 7) E quais as sugestões para que a presença dos residentes possa melhorar a qualidade da atenção e os resultados em saúde?

APÊNDICE C

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E INOVAÇÃO EM
MEDICINA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICA**” poderá trazer e entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Fernanda Kamila Souza de Oliveira realizar a gravação de minha voz sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável da pesquisa Fernanda Kamila Souza de Oliveira, após esse período, serão destruídos;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Caicó/RN, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Email da pesquisadora: fernanda_kamilaufcg@hotmail.com e Fone: (84) 99453-3646
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – CEP/FACISA
Rua Trairi, s/n – Centro* CEP 59200-000* - Santa Cruz/RN* Fone: (84) 3291-6953 *
Email: cep@facisa.ufrn.br

ANEXOS



ANEXO I
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E INOVAÇÃO EM
MEDICINA

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO

Eu, **Fernanda Kamila Souza de Oliveira**, matriculada no programa de pós-graduação em educação, trabalho e inovação em medicina da escola multicampi de ciências médicas do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), declaro que a coleta de dados da pesquisa intitulada: **“CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICA”**; não foi iniciada.

Caicó, Rio Grande do Norte, 29 de dezembro de 2020.

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO II



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP /FACISA**

FORMULÁRIO CEP/FACISA

Nome do Pesquisador Responsável:	FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA		
Instituição Proponente:	UFRN		
Unidade da Instituição:	EMCM		
Formação Profissional:	BACHAREL EM ENFERMAGEM		
Maior Titulação:	ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DO TRABALHO, PRECEPTORIA NO SUS		
Link do Currículo Lattes, se possuir:	http://lattes.cnpq.br/6291332729155177		
Título da Pesquisa:	CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICA		
Finalidade da Pesquisa:	<input type="checkbox"/> TCC/Monografia – Graduação <input type="checkbox"/> TCC/Monografia – Especialização- Residência, etc. <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outro tipo (especificar)		
Irá executar alguma parte da pesquisa fora de sua Unidade da Instituição Proponente? Onde? Nome, Formação, Titulação e Instituição	UNIDADES BASICAS DE SAÚDE, CAICÓ RN		
Demais Pesquisadores envolvidos na Pesquisa*:			
NOME	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	INSTITUIÇÃO
FERNANDA KAMILA	ENFERMEIRA	BACHAREL	UFCG

SOUZA DE OLIVEIRA		ESPECIALISTA	CEFAZ IEP HOSP. SÍRIO LIBANÊS
MARCELO VIANA DA COSTA	ENFERMEIRO	DOUTOR	UFRN

*Todos os envolvidos na pesquisa, listados nesse campo, devem estar cadastrados na Plataforma Brasil e serem inseridos no campo "Equipe de Pesquisa".

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi –CEP/FACISA
Rua Trairi, s/n – Centro* CEP 59200-000*- Santa Cruz/RN* Fone: (84) 3291-6953 *
Email: cep@facisa.ufrn.br



ANEXO III
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, TRABALHO E INOVAÇÃO EM
MEDICINA

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo eu, **Marcelo Viana da Costa** e a orientanda **Fernanda Kamila Souza de Oliveira**, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados nas Unidades Básicas de Saúde (Caicó RN), que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **Contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde para o Fortalecimento do Trabalho Interprofissional na Atenção Básica: Um Estudo de Caso a partir da Escola Multicampi de Ciências Médica**. Durante e após a conclusão da mesma. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão. Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

Caicó, Rio Grande do Norte, 29 de dezembro de 2020

Marcelo Viana da Costa
Orientador

Fernanda Kamila Souza de Oliveira
Mestranda/Orientanda

ANEXO VII

MUNICÍPIO DE CAICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ: 12.433.830/0001-91

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins que autorizo a pesquisadora **FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA**, sob a orientação do Profº **DR. MARCELO VIANA DA COSTA**; usar o espaço físico das Unidades Básicas de Saúde, para desenvolver sua pesquisa e entrevistar os profissionais de saúde que são preceptores desse serviço para desenvolver a sua pesquisa, intitulada: **“CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICA.”** Que possui os seguintes objetivos: Descrever o escopo de práticas, definidas como interprofissionais, realizadas pela residência multiprofissional em saúde; Analisar a integração das ações da residência multiprofissional com as demais atividades realizadas pelas equipes da AP; Identificar mudanças na lógica do trabalho em saúde, na perspectiva da interprofissionalidade, que possam ser atribuídas à presença da RMS. Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá entre os meses de outubro e novembro de 2019, que não haverá custo algum para a instituição nem para os participantes da pesquisa. Estou ciente de como, onde e quando a pesquisa será realizada, conforme descrevi acima e autorizo a realização da pesquisa.

LEILIANE DE ALBUQUERQUE DANTAS
Secretária Municipal de Saúde