



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

RAFAEL BRUNO SILVA TORRES

**RESIDÊNCIAS INTEGRADAS, MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA
PROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

FORTALEZA

2017

RAFAEL BRUNO SILVA TORRES

**RESIDÊNCIAS INTEGRADAS, MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA
PROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Educação e Colaboração Interprofissional na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T648r Torres, Rafael Bruno Silva.

Residências integradas, multiprofissionais e em área profissional em saúde : uma revisão integrativa
/ Rafael Bruno Silva Torres. – 2017.

170 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

1. Internato não médico. 2. Educação de pós-graduação. 3. Residência Multiprofissional. 4.
Residências em Saúde. I. Título.

CDD 610

RAFAEL BRUNO SILVA TORRES

**RESIDÊNCIAS INTEGRADAS, MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA
PROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Educação e Colaboração Interprofissional na Saúde.

Aprovada em: 06/07/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC) / Fundação Oswaldo Cruz - Ceará (FIOCRUZ-CE)

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará (FIOCRUZ-CE)

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus!

Aos meus pais, Tupinambá e Rozileide!

Ao meu companheiro, José Eduardo!

AGRADECIMENTOS

À FUNCAP, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio durante os dois anos iniciais do mestrado.

À Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, pela excelente orientação e apoio na vivência de todo o mestrado.

Aos professores participantes da banca examinadora Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota, Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas e Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa, pelo tempo dedicado à revisão, pelas valiosas colaborações e sugestões.

A todos os mestres que, direta ou indiretamente, participaram da minha formação enquanto ser humano, acadêmico, profissional, residente multiprofissional e pesquisador (são tantos, desde à escola, que seria necessária uma publicação à parte só para elencar cada nome e sua contribuição).

À colega de linha de pesquisa, Aline Luiza de Paulo Evangelista, principalmente pela amizade construída, como também pela parceria nas reflexões, angústias e sugestões. Você pesquisou sobre Residências em Saúde junto comigo e agora vivencia essa emoção.

Aos colegas da turma de mestrado MSP/UFC/2015-2017 pelo compartilhar de aprendizagens tão rico de nosso primeiro ano de mestrado (sinto saudades daquele período). Em especial, da viagem à Prainha do Canto Verde (a melhor aula de campo que vivenciamos!)

Aos meus alunos, que também me ensinam no dia-a-dia, em um processo dialógico e contínuo de trocas e aprendizagens.

A todos os amigos, pela compreensão nas faltas e apoio nas angústias.

Às amigas especiais, Elen Dias de Moura, pela ajuda em parte da análise dos dados da pesquisa, mesmo que por pouco tempo. Fernanda Gomes Lopes, pela parceria, força nas quedas e alegria nas vitórias. Georgia Silva Romcy, pelos ótimos conselhos, compartilhar de

experiências e auxílio fundamental na reta final (foi muito importante!). Todas as três, egressas de Residências Integradas. E Aline Aguiar Lima, pela parceria desde os idos da escola.

À minha família, pelas felicidades e medos sempre compartilhados. Obrigado Tante Rosi pelo apoio até na leitura de alguns artigos.

Aos meus pais, Rozileide Silva Torres e José Tupinambá Oliveira Torres, pelo apoio incondicional e irrestrito, principalmente, pelo amor dedicado, força e coragem no cuidar. Vocês são meu exemplo de vida!

À José Eduardo Gomes da Silva, pela companhia fundamental em todas as horas, do início ao fim desta pesquisa (principalmente no final, sua ajuda foi essencial!). Você foi residente multiprofissional, assim como eu, e vivenciou muitos dos processos relatados aqui. De certa forma, também foi a Residência que nos aproximou.

Todos esses e, quem sabe, muitos outros constituíram, constituem e constituirão a Residência Multiprofissional em Saúde. São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na divergência, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes, algumas no olho do furacão, outras na ilha da fantasia.

(DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 222)

RESUMO

As Residências em Saúde, sejam Médicas, em Área Profissional, Multiprofissionais, Uniprofissionais ou Integradas, se configuram como um convite à formação dos profissionais de saúde. No Brasil, as Residências mostram-se como relevante processo formativo e uma das estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Por Residências em Saúde podemos compreender os programas em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinados às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de dois anos e em regime de dedicação exclusiva. O aumento no número desses programas nos últimos anos nos leva a pensar sobre a importância que eles têm na formação do profissional de saúde brasileiro. Para além de nosso país, nos questionamos se esse processo formativo existe e como é pensado. Esta pesquisa, de cunho qualitativo, exploratório-descritivo e em base documental, teve como objeto de estudo as Residências em Saúde em suas diversas modalidades, excluindo as Médicas. Foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura, tendo como objetivo principal analisar o estado da arte das Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde no período de 2006 a 2016, nas línguas portuguesa, inglesa e hispânica. Foram avaliados 109 artigos científicos, identificados nas bases de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE e Portal de Periódicos da CAPES. Foi realizada uma Análise Temática para apreciação dos resultados encontrados. Foi possível constatar que as Residências em Saúde, nas modalidades Integrada e Multiprofissional, parecem ser eminentemente brasileiras; existe uma diversidade de autores investigando sobre a temática e zonas de concentração de produção científica a respeito (eixo Sudeste-Sul do Brasil e EUA), havendo ainda uma necessidade de consolidação das informações sobre Residências, já que as experiências são diversas. Em termos de finalidades das residências, os principais achados foram: favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho, complementar os projetos de aprendizagem em serviço dos programas universitários, contribuir para cuidados de saúde seguros de alta qualidade, formar lideranças profissionais, e, no caso brasileiro, defender o SUS. No que diz respeito ao projeto pedagógico, chamou atenção alguns dos principais domínios educacionais de um programa de residência em enfermagem americano, como tomada de decisão compartilhada com pacientes e famílias, colaboração interprofissional e melhoria do desempenho dos serviços. No caso da Residência em Saúde da Família no Brasil, já há claras recomendações sobre seu projeto político-pedagógico. As reflexões sobre preceptoria discutem sobre esse importante papel na condução dos programas. Entre os resultados das

residências na formação profissional, foram relatados: crença pessoal do egresso em sua capacidade de fazer a diferença, aumento do conhecimento; desenvolvimento de habilidades de comunicação e maior conscientização sobre as necessidades das pesquisas. No Brasil, o Movimento Nacional de Residentes vem produzindo discursos e práticas em defesa da Reforma Sanitária e da efetivação do SUS, e pontuando, mais fortemente a centralidade das dificuldades encontradas no processo de capacitação entre demandas da formação e demandas de ações assistenciais, bem como a potência das Residências como dispositivos de mudanças de práticas e potencializador da formação de agentes micropolíticos na construção do SUS. Por fim, percebemos que existem uma série de questões que são vivenciadas em co-existência com desafios que ainda precisam ser superados para uma efetiva consolidação das Residências em Saúde como estratégias de formação dos profissionais e reorganização dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Internato não médico. Educação de pós-graduação. Residência Multiprofissional. Residências em Saúde.

ABSTRACT

The Residences in Health, whether Medical, Professional, Multiprofessional, Uniprofessional or Integrated, are configured as an invitation to the training of health professionals. In Brazil, Residences are shown as a relevant training process and one of the strategies of the National Policy of Permanent Education in Health. By Residencies in Health we can understand the programs in modality of education of post-graduation *lato sensu*, destined to the professions of health, in the form of a specialization course, characterized by in-service teaching, with a workload of 60 hours per week, a minimum duration of two years and on an exclusive dedication basis. The increase in the number of these programs in recent years leads us to think about the importance they have in the training of the Brazilian health professional. In addition to our country, we wonder if this formation process exists and how it is thought. This qualitative, exploratory-descriptive and documentary-based study had the purpose of studying the Residences in Health in its various modalities, excluding the Medical ones. An Integrative Literature Review was carried out, with the main objective of analyzing the state of the art of Integrated, Multiprofessional and Uniprofessional Health Residences in the period from 2006 to 2016, in the Portuguese, English and Hispanic languages. We evaluated 109 scientific articles, identified in the databases SCIELO, LILACS, MEDLINE and Portal of Periodicals of CAPES. A Thematic Analysis was performed to evaluate the results. It was possible to verify that the Residences in Health, in the Integrated and Multiprofessional modalities, seem to be

eminently Brazilian; there is a diversity of authors investigating the theme and areas of concentration of scientific production in relation (South axis of Brazil and USA), and there is still a need to consolidate information on Residences, since the experiences are diverse. In terms of residency purposes, the main findings were: to favor the qualified insertion of young health professionals in the labor market, to complement the in-service learning projects of university programs, to contribute to high-quality safe health care, to form professional leaderships and, in the Brazilian case, defend the Brazilian health system. About the pedagogical project, some of the main educational domains of an american nursing residency program, such as shared decision-making with patients and families, interprofessional collaboration and improvement of service performance, were highlighted. In the case of the Residence in Family Health in Brazil, there are already clear recommendations about its political-pedagogical project. The reflections of mentor discuss about this important role in the conduct of the programs. Among the results of residences in vocational training were: personal belief of the egress in their ability to make a difference, increase of knowledge; development of communication skills and greater awareness of research needs. In Brazil, the National Movement of Residents has been producing speeches and practices in defense of the Sanitary Reform and the implementation of Brazilian health system, and highlighting more strongly the centrality of the difficulties encountered in the training process between training demands and demands for care actions, as well as the potency of the Residences as devices of changes of practices and potentiator of the formation of micropolitical agents in the construction of Brazilian health system. Finally, we perceive that there are many issues that are experienced in co-existence with challenges that still need to be overcome for an effective consolidation of Health Residences as strategies for training professionals and reorganizing health systems.

Keywords: Internship, nonmedical. Education, graduation. Multiprofessional Residence. Residence in Health.

RESUMEN

Las Residencias en Salud, sean Médicas, en Área Profesional, Multiprofesionales, Uniprofesionales o Integradas, se configuran como una invitación a la formación de los profesionales de salud. En Brasil, las Residencias se muestran como relevante proceso formativo y una de las estrategias de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud. Por Residencias en Salud podemos comprender los programas en modalidad de enseñanza de postgrado lato sensu, destinados a las profesiones de la salud, en forma de curso de

especialización, caracterizado por enseñanza en servicio, con carga horaria de 60 horas semanales, duración mínima de dos años y en régimen de dedicación exclusiva. El aumento en el número de estos programas en los últimos años nos lleva a pensar sobre la importancia que tienen en la formación del profesional de salud brasileño. Además de nuestro país, nos preguntamos si ese proceso formativo existe y cómo es pensado. Esta investigación, de cuño cualitativo, exploratorio-descriptivo y en base documental, tuvo como objeto de estudio las Residencias en Salud en sus diversas modalidades, excluyendo a las Médicas. Se realizó una Revisión Integrativa de Literatura, teniendo como objetivo principal analizar el estado del arte de las Residencias Integradas, Multiprofesionales y en Área Profesional en Salud en el período de 2006 a 2016, en las lenguas portuguesa, inglesa e hispanica. Se evaluaron 109 artículos científicos, identificados en las bases de datos SCIELO, LILACS, MEDLINE y Portal de Periódicos de la CAPES. Se realizó un análisis temático para la apreciación de los resultados encontrados. Es posible constatar que las Residencias en Salud, en las modalidades Integrada y Multiprofesional, parecen ser eminentemente brasileñas; existe una diversidad de autores investigando sobre la temática y zonas de concentración de producción científica al respecto (eje Sudeste-Sur de Brasil y los Estados Unidos), habiendo aún una necesidad de consolidación de las informaciones sobre Residencias, ya que las experiencias son diversas. En términos de finalidad de las residencias, los principales hallazgos fueron: favorecer la inserción calificada de los jóvenes profesionales de salud en el mercado de trabajo, complementar los proyectos de aprendizaje en servicio de los programas universitarios, contribuir a la atención sanitaria segura de alta calidad, formar líderes profesionales y, en el caso brasileño, defender el sistema de salud brasileño. En lo que se refiere al proyecto pedagógico, llamó la atención a algunos de los principales dominios educativos de un programa de residencia en enfermería estadounidense, como toma de decisión compartida con pacientes y familias, colaboración interprofesional y mejora del desempeño de los servicios. En el caso de la Residencia en Salud de la Familia en Brasil, ya hay claras recomendaciones sobre su proyecto político-pedagógico. Las reflexiones sobre preceptoria discuten sobre ese importante papel en la conducción de los programas. Entre los resultados de las residencias en la formación profesional, fueron relatados: creencia personal del egresado en su capacidad de hacer la diferencia, aumento del conocimiento; desarrollo de habilidades de comunicación y mayor concientización sobre las necesidades de las investigaciones. En Brasil, el Movimiento Nacional de Residentes viene produciendo discursos y prácticas en defensa de la Reforma Sanitaria y de la efectividad del sistema de salud brasileño, y puntuando, más fuertemente la centralidad de las dificultades encontradas en el proceso de capacitación entre demandas de la

formación y demandas de acciones asistenciales, así como la potencia de las Residencias como dispositivos de cambio de prácticas y potenciador de la formación de agentes micropolíticos en la construcción del sistema de salud brasileño. Por último, percibimos que existen una serie de cuestiones que son vivenciadas en coexistencia con desafíos que aún necesitan ser superados para una efectiva consolidación de las Residencias en Salud como estrategias de formación de los profesionales y reorganización de los sistemas de salud.

Palabras clave: Internado no Médico. Educación de Posgrado. Residencia Multiprofesional. Residencia en Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 1 | Classificação das fontes bibliográficas (GIL, 2017) | 27 |
| Figura 2 | Fases da Revisão Integrativa de Literatura, adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008); Souza, Silva e Carvalho (2010) e Biblioteca (2015) | 29 |
| Figura 3 | Principais resultados | 35 |
| Figura 4 | Dimensões temáticas a partir das semelhanças e diferenças | 36 |
| Figura 5 | Desafios e prioridades | 37 |
| Figura 6 | Lógica Profissional e Lógica da Colaboração (D'AMOUR, 1997; FURTADO, 2007) | 48 |
| Figura 7 | Linha do tempo das Residências em Saúde no Brasil | 52 |
| Figura 8 | Temas de pesquisa por quantidade de ocorrência | 62 |
| Figura 9 | Formulário de avaliação, indicado por Peeters, Serres e Gundrum (2013) | 67 |
| Figura 10 | Distribuição dos eixos transversal e específico do programa de RMS do INCA, disponível em Pantoja, 2014 | 76 |
| Figura 11 | Arco de <i>Maguerez</i> , utilizado por Melo, Queluci e Gouvêa (2014a e 2014b) .. | 81 |
| Figura 12 | Estilos de aprendizagem e perspectivas de ensino (LOEWEN E JELESCU-BODOS, 2013) | 82 |
| Figura 13 | Taxonomia de <i>Bloom</i> na organização dos objetivos na Residência (SWANOSKI <i>et al</i> , 2012) | 84 |
| Figura 14 | Estrutura do portfólio avaliativo (LANA; BIRNER, 2015) | 85 |
| Figura 15 | Passos para condução de um projeto de pesquisa de Residência, adaptado de Barletta (2008) | 86 |
| Figura 16 | Inserção do preceptor e tutor na dinâmica do ensino em serviço (RIBEIRO; PRADO, 2013) | 89 |
| Figura 17 | Fluxograma ilustrativo das potencialidades da RMSF (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015) | 94 |
| Figura 18 | Características gerais dos programas de Residência e de dupla graduação (SHANNON; BRADLEY-BAKER; TRUONG, 2012) | 113 |
| Figura 19 | Representação das pós-graduação em Farmácia nos EUA, adaptado de Shannon, Bradley-Baker e Truong (2012) | 114 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Artigos publicados por ano (no Brasil e no mundo) | 53 |
| Gráfico 2 | Artigos publicados por país | 54 |
| Gráfico 3 | Artigos publicados por região do Brasil | 55 |
| Gráfico 4 | Artigos publicados por estado brasileiro | 56 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | Quantidade de artigos encontrados e analisados | 32 |
| Quadro 2 | Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde, adaptado de Brasil (2004b) | 39 |
| Quadro 3 | Quantidade de artigos publicados por periódico | 57 |
| Quadro 4 | Quantidade de artigos publicados por métodos de pesquisa | 59 |
| Quadro 5 | Quantidade de artigos publicados por método de análise dos dados | 60 |
| Quadro 6 | Modelo de PP validado por especialistas, adaptado de Vasconcelos <i>et al</i> (2015) | 69 |
| Quadro 7 | Protocolo de ensino prática para Residências de Enfermagem, adaptado de Melo, Queluci e Gouvêa (2014a) | 96 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ABEn | Associação Brasileira de Enfermagem |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| ACCP | <i>American College of Clinical Pharmacy</i> |
| ASHP | <i>American Society of Health-Systems Pharmacy</i> |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisas |
| CIES | Comissão de Integração Ensino-Serviço |
| CIRH | Comissão Intersetorial de Recursos Humanos |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| CNRMS | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREMU | Comissão de Residência Multiprofissional |
| CRAS | Centros de Referência de Assistência Social |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DSTs | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ECOWAS | Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental |
| EIS | Educação Interprofissional em Saúde |
| ENSP / FIOCRUZ | Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESP-CE | Escola de Saúde Pública do Ceará |
| ET-SUS | Escolas Técnicas do SUS |
| EUA | Estados Unidos |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva |
| JD | Doutorado em Jurisprudência |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MBA | Mestrado em Administração de Empresas |
| MEC | Ministério de Educação e Cultura |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System</i> |
| MeSH | <i>Medical Subject Headings</i> |
| MPH | Mestrado em Saúde Pública |
| MS | Ministério da Saúde |
| NDAE | Núcleo Docente-Assistencial-Estruturante |

| | |
|-----------|---|
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONGs | Organizações não-Governamentais |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PET-SAÚDE | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde |
| PGY 1 | Programas de Residência de Farmácia de 1 ano |
| PGY 2 | Programas de Residência de Farmácia de 2 anos |
| PHD | Doutorado em Filosofia |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PP | Projeto Pedagógico |
| PROFAE | Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem |
| PROFAPS | Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde |
| PRO-SAÚDE | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAP | Residências em Área Profissional em Saúde |
| RAS | Redes de Atenção em Saúde |
| RIS | Residências Integradas em Saúde |
| RINT | Revisão Integrativa |
| RM | Residências Médicas |
| RMS | Residências Multiprofissionais em Saúde |
| RMSF | Residência Multiprofissional em Saúde da Família |
| RUS | Residências Uniprofissionais em Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SCIELO | <i>Scientific Eletronic Library Online</i> |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCR | Trabalho de Conclusão de Residência |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| USP | Universidade de São Paulo |
| WAHO | Organização Oeste Africana da Saúde |
| YPIP | Programa de Estágios de Jovens Profissionais |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 20 |
| 2 OBJETIVOS | 25 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 25 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 25 |
| 3 MATERIAIS E MÉTODOS | 26 |
| 4 COMPREENDENDO AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO | 38 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 53 |
| 5.1. Artigos publicados por ano | 53 |
| 5.2. Artigos publicados por país..... | 54 |
| 5.3. Artigos publicados por região do Brasil | 55 |
| 5.4. Artigos publicados por periódico..... | 56 |
| 5.5. Análise a partir dos descritores | 58 |
| 5.6. Análise a partir da metodologia (métodos de pesquisa e técnicas de análise) | 59 |
| 5.7. Análise a partir das questões de pesquisa | 60 |
| 6 DIMENSÕES TEMÁTICAS A PARTIR DAS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS | 63 |
| 6.1. Sentidos atribuídos às Residências em Saúde..... | 63 |
| 6.2. Organização didática das Residências em Saúde..... | 66 |
| 6.2.1. Formatos de implementação e organização das Residências em Saúde..... | 66 |
| 6.2.2. Concepções de ensino-aprendizagem e métodos de avaliação..... | 77 |
| 6.2.3. Preceptoria e tutoria | 87 |
| 6.3. Reflexos da Residência na formação dos profissionais de saúde | 91 |
| 6.3.1. Formações dos núcleos profissionais | 95 |
| 6.4. Reflexos da Residência na rede de saúde | 100 |
| 6.5. Seguimento de egressos das Residências..... | 102 |
| 6.6. Reflexos da Residência na saúde dos residentes..... | 107 |
| 6.7. Experiências internacionais | 110 |
| 7 DESAFIOS E PRIORIDADES | 120 |
| 7.1. Residências em Saúde nas modalidades Integrada e Multiprofissional no Brasil..... | 123 |
| 7.2. Diversidade do campo..... | 125 |
| 7.3. Pesquisas futuras necessárias..... | 127 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 129 |
| REFERÊNCIAS | 133 |
| APÊNDICE I – MATRIZ DE COLETA DOS DADOS (adaptado de Ursi, 2005) | 147 |
| APÊNDICE II – ARTIGOS ANALISADOS | 148 |
| APÊNDICE III – QUANTIDADE DE DESCRITORES POR LÍNGUA | 157 |
| APÊNDICE IV – ARTIGOS ORGANIZADOS POR TIPO DE PESQUISA E MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS (conforme sinalizado nos artigos) | 161 |
| APÊNDICE V – ARTIGOS ORGANIZADOS POR QUESTÕES DAS PESQUISAS E TEMAS DE PESQUISA ATRIBUÍDOS | 167 |

1 INTRODUÇÃO

As Residências em Saúde, sejam Médicas (RM) ou em Área Profissional (RAP), nas modalidades Multiprofissional (RMS), Uniprofissional (RUS), ou ainda Integradas (RIS), se configuram, principalmente estas últimas, como um convite para a formação dos profissionais de saúde – no Brasil, em especial, para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa formação, não se pensa apenas no “ser profissional”, mas fundamentalmente no “ser sujeito histórico”, cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados. Essa implicação deve ser facilitada por uma formação voltada para a transformação da realidade e para o enfrentamento dos dilemas e desafios colocados cotidianamente. Participar destes programas é uma aposta à ousadia e à experimentação do novo, construindo coletiva, dialógica e cooperativamente o que se deseja para o SUS, para os programas de Residência e para a sociedade brasileira (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

Com esta reflexão primeva é que iniciamos a apresentação desta pesquisa, que, embrionariamente, começou a se construir há quatro anos, a partir de minhas inquietações enquanto residente multiprofissional, à época, vivenciando minha própria experiência. Vivência que gerou um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em que buscamos investigar a experiência vivida de residentes multiprofissionais sobre a realização de seu programa de RIS. Nesta pesquisa, em uma das principais conclusões obtidas, afirmamos que a inserção das Residências em Saúde em espaços complexos como os lócus de trabalho não pode ser apenas naturalizada como espontânea ao longo dos anos, mas deve ser alvo de reflexão e problematização constantes (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015).

A entrada no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC), ainda durante a finalização de meu programa de Residência, se deu justamente na linha de “Política, Gestão e Avaliação em Saúde”, na área de concentração de “Educação e Colaboração Interprofissional em Saúde”, para continuar investigando sobre esta modalidade de ensino em serviço que tanto impactou em meu processo de desenvolvimento acadêmico e profissional.

Nos últimos dois anos, estive investigando com maior afinco a respeito da Educação Interprofissional em Saúde (EIS) e dos processos colaborativos de ensino e aprendizagem, participando, ativamente, de congressos, reuniões, grupos de pesquisa e encontros que envolvessem as modalidades de ensino em serviço na saúde, em especial, no formato de Residências em Saúde, Integradas e Multiprofissionais.

Desde 1988, a Constituição Federal Brasileira já atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação dos profissionais da área (BRASIL, 1988), o que segundo Ceccim (2005), cumpre “uma das mais nobres metas formuladas pela Saúde Coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (p. 976). Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido estratégias variadas e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde às reais necessidades da população e ao desenvolvimento do próprio SUS (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se constitui, nesta perspectiva, como uma alternativa viável à realização destes objetivos. Segundo Davini (2009), a EPS tem sido o enfoque reconhecido como o mais apropriado para produzir transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais. Por EPS entende-se “o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2007, *online*).

A EPS permite um encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, de modo que a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção à saúde deve ser constituído na prática das equipes. Esse processo formativo deve ser feito de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, como recurso estratégico que permite articular gestão, atenção e formação no enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu próprio território geopolítico de atuação (BRASIL, 2004b).

Segundo Merhy (2005), todo processo que esteja comprometido com a EPS tem de ter a força de gerar no trabalhador e em seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações de sua prática, o que implica em uma capacidade de problematizar a si mesmo no agir. Além disso, a formação profissional para a área da saúde faz referência ao desenvolvimento de profissionais generalistas, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Ao se discutir sobre possibilidades de EPS, as Residências em Saúde mostram-se como relevante processo formativo e um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS – BRASIL, 2004a) – que é apresentada, em seu Artigo 1º, como “estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” – sendo assim, ela possibilita uma ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação, mediante intercessões promovidas pela educação na saúde. Esta política

constitui estratégia fundamental à transformação do trabalho, para que este venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e competente (CECCIM, 2005).

A vivência dos programas de Residência em Saúde se configura, então, como possibilitadora da busca pela integralidade em saúde. Salvador *et al* (2011) avaliam que participar de um processo formativo que se baseia na construção articulada de diferentes profissões da saúde, buscando construir um saber comum, onde se agregue as contribuições dos diferentes núcleos profissionais, efetiva, de fato, uma prática renovadora na saúde.

Por Residências em Área Profissional da Saúde podemos compreender os programas em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de dois anos e em regime de dedicação exclusiva. Podendo incluir as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2012a). Em 2014, uma Portaria Interministerial incluiu, ainda, a Física Médica e a Saúde Coletiva (BRASIL, 2014). Para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deve ser constituído com, no mínimo, três dessas profissões (BRASIL, 2012a).

Nas leis iniciais que regulamentaram tais modalidades de Residência em Saúde são utilizados os termos “Residência Multiprofissional” (para mais de três profissões de saúde) e em “Área Profissional” (para uma profissão de saúde), diferenciadas da já existente “Residência Médica”. A partir de 2014, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) passou a se referir àquelas como “Residência em Área Profissional da Saúde”, diferenciando suas modalidades em “Multiprofissional” e “Uniprofissional”. O termo “Residência Integrada” aparece como um modelo de se pensar e fazer as Residências, que só é encontrado em alguns programas, mas que não há institucionalização oficial a respeito.

Importante sinalizar que neste trabalho, optamos por utilizar os termos oriundos da política de criação (“Residência Multiprofissional em Saúde” e em “Área Profissional em Saúde”), até por serem mais encontrados na literatura científica nacional. E incluímos o termo “Residência Integrada em Saúde”, por ser fruto do programa ao qual estivemos vinculados e por acreditar em seu potencial de integração.

Em discussões realizadas com atores de RIS/RMS/RAP existentes no Brasil e registradas pelo MS em 2006, chegou-se à conclusão que os programas existentes até então

apresentavam grande variedade de desenhos metodológicos, mas todos, em uníssono, defendiam a utilização de metodologias ativas e participativas, e a EPS como eixo pedagógico central (BRASIL, 2006). O desafio das RIS/RMS/RAP, nesse sentido, constitui-se numa perspectiva de formação indutora de transformações dos modelos educacionais e dos modelos técnicos e assistenciais em saúde (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

O aumento no número de RIS/RMS/RAP nos últimos anos nos leva a pensar sobre a importância que tais programas de pós-graduação vêm tendo na formação do profissional de saúde no Brasil, pois a cada ano são autorizados novos programas e bolsas. Para além de nosso país, surgem algumas dúvidas: ao redor do mundo, este processo formativo existe? Se sim, como este tem sido compreendido, estruturado e operacionalizado? Que resultados alcançaram na formação de profissionais especialistas e nos serviços de saúde? Como os egressos têm sido absorvidos no mercado de trabalho? E o que se tem produzido a seu respeito?

A partir destas indagações, construímos o questionamento central que norteou esta pesquisa: qual o estado da arte das Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde, no Brasil e no mundo? Para tanto, realizamos uma Revisão Integrativa da Literatura (RINT), com os descritores “Internato não médico”, “Educação de pós-graduação”, “Residência multiprofissional” e “Residências em saúde”, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), analisando artigos publicados no período de 2006 a 2016.

Esperamos, então, com esta pesquisa, consolidar o que se tem produzido sobre as RIS/RMS/RAP no mundo, através de um estudo crítico, que avalie as principais produções publicadas no formato de artigos científicos, em grandes línguas de produção e propagação internacional, como o inglês e o espanhol, além do próprio português (idioma materno dos autores deste trabalho).

Tivemos como fonte de inspiração um artigo publicado por Dallegrave e Ceccim (2013), onde foram analisadas teses e dissertações sobre Residências em Saúde, produzidas no Brasil no período de 1987 a 2011. O artigo citado pretendeu oferecer um panorama sobre a temática para que novos estudos – como este – pudessem ser realizados, visando a qualificação da produção científica na área das Residências, visto que “a institucionalização

das Residências em Saúde convoca, de certa forma, novos problemas de pesquisa, ou atualiza os já existentes” (p. 762).

Além disso, conforme Jesus e Araújo (2011), existe uma escassez de estudos sistemáticos – como o realizado aqui – que possam contribuir para a compreensão das diversas modalidades de Residências em Saúde e para sua consolidação enquanto políticas de reordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde. Martins e colaboradores (2016) afirmam que produzir conhecimento sobre a construção das RIS/RMS/RAP poderá servir de modelo para instituições que pretendem implantar esta estratégia de ensino em serviço.

Desta forma, nos próximos capítulos apresentaremos o percurso metodológico e os achados desta dissertação. No capítulo de materiais e métodos apresentamos todo o andamento que foi seguido para a realização desta Revisão Integrativa. No capítulo seguinte, “Compreendo as Residências em Saúde no contexto brasileiro”, apresentamos um histórico do desenvolvimento das Residências em Saúde no Brasil, país de origem da pesquisa. No capítulo de resultados e discussões apresentamos os principais resultados quantitativos através de análises gráficas. No capítulo “Dimensões temáticas a partir das semelhanças e diferenças”, apresentamos as sete dimensões que emergiram na Análise Temática realizada a partir dos achados dos 109 artigos. Por fim, em “Desafios e prioridades” apresentamos as questões que ainda precisam ser melhor avaliadas com relação às RIS/RMS/RAP enquanto estratégias de formação de profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o estado da arte das Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde, no período de 2006 a 2016, nas línguas portuguesa, inglesa e hispânica.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os artigos científicos encontrados e os resultados obtidos relacionados ao objeto da pesquisa.
- Apresentar uma síntese crítica do que se tem produzido no Brasil e no mundo, a partir das línguas portuguesa, inglesa e hispânica, sobre Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Diante da necessidade já apresentada de consolidar o que se tem produzido sobre as RIS/RMS/RAP no mundo, optou-se por realizar uma RINT. Portanto, esta pesquisa foi de cunho qualitativo, exploratório-descritivo, de base documental, tendo como objeto de estudo as Residências em Saúde, em suas modalidades Integrada, Multiprofissional e em Área Profissional – ou seja, residências para profissionais da saúde, a exceção dos médicos.

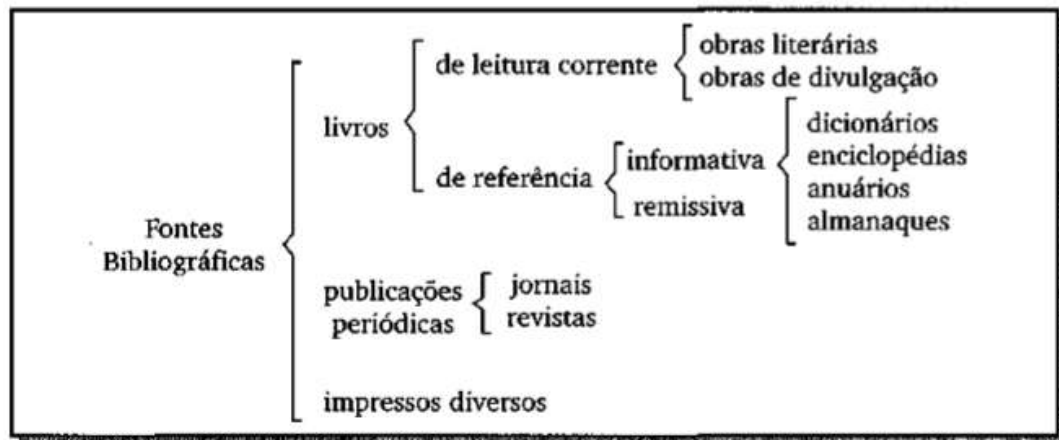
Pesquisas do tipo qualitativas são um meio para explorar e para entender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social. A análise dos dados é indutivamente construída a partir das particularidades dos temas gerais e das interpretações feitas pelo pesquisador sobre seus significados. Os procedimentos qualitativos se baseiam em dados de texto e imagem, e o relatório final escrito pode ter uma estrutura flexível (CRESWELL, 2010).

Segundo Bosi (2012), a pesquisa qualitativa se caracteriza quando os objetos de pesquisa exigem respostas não traduzíveis em números, lidando com a linguagem em suas várias formas de expressão. Minayo (2013) escreve, ainda, que o método qualitativo é o que melhor abarca estudos de situações particulares, grupos específicos ou universos simbólicos; e que todo conhecimento social (seja ele qualitativo ou quantitativo) sempre será um recorte, uma redução ou aproximação das realidades.

Pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar maior familiaridade com um problema, buscando torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses. Pesquisas descritivas, por sua vez, têm o objetivo de descrever características de determinada população ou fenômeno, possibilitando o estabelecimento de relações entre variáveis. Quando utilizadas em conjunto, as pesquisas exploratório-descritivas são habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática em um problema ou questão (GIL, 2017).

As pesquisas do tipo bibliográficas são desenvolvidas com base em material já elaborado, podendo ser a partir de livros, artigos científicos, ou outros materiais. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de revisão bibliográfica, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. A principal vantagem deste tipo de pesquisa é permitir ao pesquisador a cobertura de uma série de fenômenos muito mais ampla, essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo tempo e espaço (GIL, 2017). As fontes bibliográficas podem ser diversas, conforme Figura 1.

Figura 1: Classificação das fontes bibliográficas



FONTES: GIL (2017)

As pesquisas bibliográficas podem ser do tipo Narrativas, Sistemáticas ou Integrativas. A Revisão Narrativa não utiliza critérios sistemáticos para a busca e análise da literatura. Logo, não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas, a seleção dos estudos pode estar sujeita aos desejos e interesses dos pesquisadores. As Revisões Sistemáticas são consideradas pesquisas observacionais retrospectivas ou estudos experimentais de recuperação e análise crítica da literatura, elas testam hipóteses e têm como objetivo levantar, reunir, avaliar criticamente a metodologia da pesquisa e sintetizar os resultados de diversos estudos primários, a partir de métodos sistemáticos de seleção e análise dos resultados (BIBLIOTECA, 2015).

As Revisões Integrativas, por sua vez, aparecem como alternativa para revisar rigorosamente e combinar estudos com diversas metodologias e integrar os resultados. Tem o potencial de promover os estudos de revisão em diversas áreas do conhecimento, mantendo o rigor metodológico das Revisões Sistemáticas. A RINT permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre determinado assunto (BIBLIOTECA, 2015).

Neste contexto, as Revisões Integrativas proporcionam uma síntese do conhecimento e a aplicabilidade de resultados de estudos significativos. Espera-se que com uma RINT, o pesquisador seja capaz de identificar um assunto ou tópico adequado para ser revisado, justificar porque ela consiste em método apropriado para abordar o assunto de interesse, pesquisar e recuperar a literatura pertinente, analisar e criticar a literatura, e criar novos

entendimentos sobre o assunto revisado, através de uma ou mais formas de síntese (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOARES *et al*, 2014).

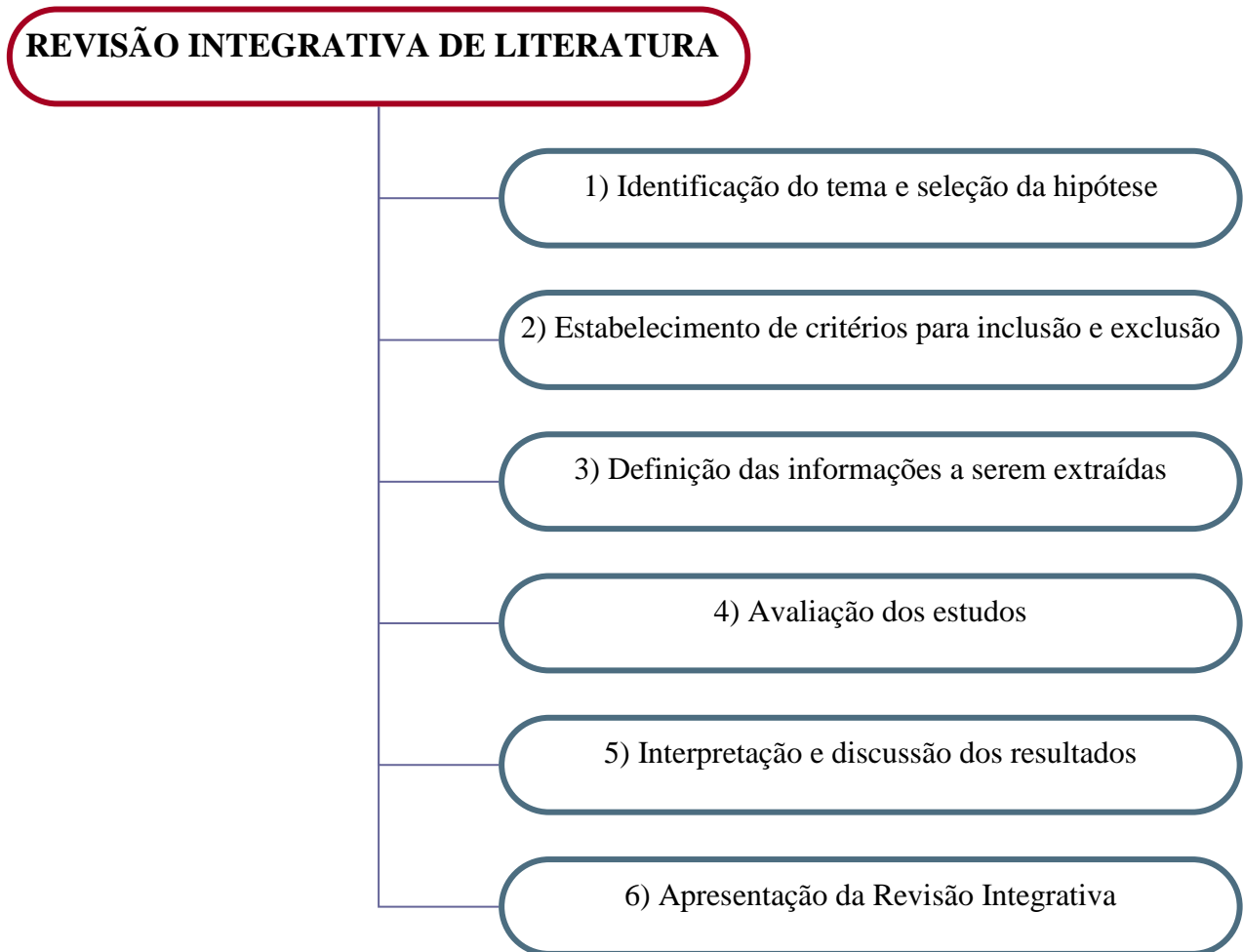
A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 103).

A RINT configura-se, então, como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos com diferentes metodologias, permitindo sintetizar resultados sem ferir as bases epistemológicas dos estudos empíricos incluídos. Para que esse processo se concretize de maneira lógica, a RINT requer que o pesquisador proceda à análise e à síntese dos dados de forma sistemática e rigorosa (SOARES *et al*, 2014).

Portanto, a RINT pode determinar o conhecimento existente sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, podendo contribuir, inclusive, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados em saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008); Souza, Silva e Carvalho (2010) e Biblioteca (2015), uma RINT pode ser compreendida em seis etapas principais, conforme se observa na Figura 2.

Figura 2: Fases da Revisão Integrativa de Literatura



FONTE: ADAPTADO DE MENDES, SILVEIRA E GALVÃO (2008); SOUZA, SILVA E CARVALHO (2010) E BIBLIOTECA (2015)

- I. Identificação do tema e seleção da hipótese: nesta primeira fase é elaborada a questão de pesquisa – ou pergunta norteadora – que vai orientar toda a revisão integrativa. É uma etapa fundamental, pois a partir dela serão definidos que temáticas e tipos de estudos serão incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BIBLIOTECA, 2015).

Neste primeiro momento, partimos de nossa pergunta norteadora: “qual o estado da arte das Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde, no Brasil e no mundo?”, para definir nossos critérios de investigação dos artigos analisados.

Segundo Ferraz *et al* (2012), na sociedade de informação em que vivemos contemporaneamente há uma exigência cada vez maior do meio acadêmico de que o produto

científico seja disponibilizado para a comunidade na forma de artigos científicos, pois há maior facilidade na consulta e consumo dos achados dos estudos.

Por isso optamos em realizar esta RINT com artigos científicos publicados no período de 2006 a 2016, e que tivessem como objeto de pesquisa principal as Residências em Saúde, nas modalidades citadas. Para englobar uma perspectiva mundial, elegemos os textos produzidos em português, inglês e espanhol como principais línguas de fonte de pesquisa, por serem adotadas pela maior parte das publicações científicas no mundo e serem de domínio do autor principal da pesquisa – nos jornais indexados no SCOPUS, por exemplo, 80% dos artigos são publicados em inglês (WEIJEN, 2012).

Definimos como descritores de busca dos artigos, a partir de consulta realizada no *Medical Subject Headings* (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Internato não médico” e “Educação de pós-graduação”, como descritores controlados; “Residência multiprofissional”, como descritor não-controlado, mas que compreende boa parte das produções realizadas sobre Residências não-médicas no Brasil (aspecto já identificado em estudos pessoais anteriores sobre a temática). E incluímos, ainda, a partir de sugestão de Dallegrave e Ceccim (2013), o termo “Residências em saúde”, como possibilidade de palavra-chave para pesquisas que envolvam em seu objeto de estudo as Residências no contexto da saúde.

As bases de dados investigadas foram: SCIELO, LILACS, MEDLINE e Portal de Periódicos da CAPES – nesta ordem, estabelecida por conveniência do pesquisador principal. Todos os descritores eram buscados individualmente nas três línguas sinalizadas – apenas o descritor “Educação de pós-graduação” era utilizado em combinação com “Residência multiprofissional”, a partir do operador booleano *and*, pois aquele primeiro termo apresentava muitos resultados, que envolviam qualquer tipo de formação a nível de pós-graduação (especializações, residências, mestrados acadêmicos e profissionais, doutorados e pós-doutorados).

Todos os artigos encontrados tinham seus resumos lidos e apenas aqueles que estavam relacionados ou pareciam responder à pergunta norteadora do estudo eram lidos na íntegra. A medida que a pesquisa foi sendo realizada, os artigos repetidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez.

- II. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura: deve ser realizada uma ampla e diversificada busca em bases de dados, a partir de

critérios pré-estabelecidos, “os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados” (SOUZA, SILVA E CARVALHO, 2010, p. 104).

Nesta segunda etapa, para seleção dos trabalhos, consideramos os seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados em periódicos científicos; b) trabalhos cujo objeto de pesquisa referia-se a programas de Residências em Saúde, nas modalidades Integradas, Multiprofissionais, ou em Área Profissional, ou ainda, com discussões sobre essas estratégias de EPS; c) trabalhos publicados no período de 2006 à 2016, nos idiomas português, espanhol e inglês.

Definimos como critérios de exclusão: a) publicações do tipo cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros e boletins informativos; b) artigos que não estivessem disponibilizados on-line, gratuitamente, no formato completo para análise.

III. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados: esta etapa se caracteriza pela coleta dos dados e categorização dos estudos. Para esta categorização, se faz necessário a elaboração de um instrumento prévio, que assegure a relevância e totalidade de dados extraídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BIBLIOTECA, 2015).

Posteriormente, utilizamos uma matriz para análise dos artigos (Apêndice 1), adaptada a partir de instrumento validado por Ursi (2005), composta por título do artigo, periódico onde foi publicado, ano de publicação, autores e local, palavras-chave, questão da pesquisa, objetivos, sujeitos do estudo, metodologia empregada, principais resultados, principais discussões, principais conclusões e pesquisas futuras necessárias.

IV. Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa: esta etapa consiste em realizar uma análise crítica dos achados encontrados. Segundo Biblioteca (2015), algumas perguntas podem servir de base para nortear esta análise – Qual é a questão da pesquisa? Por que a questão é importante? A metodologia do estudo está adequada? Quais sujeitos selecionados para o estudo? O que a questão da pesquisa responde?

A partir da busca dos artigos e utilização da matriz supracitada, foram encontrados 1306 resultados, mas somente 109 estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos. No Quadro 1 são apresentados detalhadamente os achados e suas respectivas análises, de acordo com descritor de busca e base de dados.

Quadro 1: Quantidade de artigos encontrados e analisados

| | BASES DE DADOS | Scielo | | Lilacs / BVS | | Pubmed/ Medline | | Portal CAPES | | TOTAL | |
|-----------|---|--------|------|--------------|----|-----------------|----|--------------|----|-------------|------------|
| | | Enc* | Se** | Enc | Se | Enc | Se | Enc | Se | Enc | Se |
| PORTUGUÊS | Residência multiprofissional | 83 | 34 | 103 | 21 | - | - | 197 | 06 | 383 | 61 |
| | Internato não-médico | 13 | - | 139 | 07 | 03 | - | 09 | - | 164 | 07 |
| | Educação de pós-graduação (e Residência multiprofissional) | 06 | - | 20 | 01 | 01 | - | 21 | - | 48 | 01 |
| | Residências em saúde | 15 | 01 | 22 | 02 | - | - | 24 | - | 61 | 03 |
| ESPAÑOL | Residencia multiprofesional | 29 | - | 35 | - | - | - | 45 | 02 | 109 | 02 |
| | Internado no Médico | 19 | - | 27 | - | 03 | - | 66 | - | 115 | - |
| | Educación de Posgrado (e Residencia multiprofesional) | 02 | - | 01 | - | - | - | 06 | - | 09 | - |
| | Residencia en salud | 07 | - | 12 | - | - | - | 03 | - | 22 | - |
| INGLÊS | Multiprofessional Residence | 21 | - | 35 | 01 | 03 | - | 08 | - | 67 | 01 |
| | Internship, Nonmedical | - | - | 34 | 01 | 98 | 30 | 166 | 02 | 298 | 33 |
| | Education, graduation (and Multiprofessional Residence) | - | - | 02 | - | - | - | 03 | - | 05 | - |
| | Residence in health | 10 | - | 15 | 01 | - | - | - | - | 25 | 01 |
| | TOTAL | 205 | 35 | 445 | 34 | 108 | 30 | 548 | 10 | 1306 | 109 |

*Enc: artigos encontrados / **Se: artigos selecionados

FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

- V. Interpretação e discussão dos resultados: a partir da análise dos resultados, comparam-se os dados evidenciados nos artigos, além de identificar possíveis lacunas do conhecimento; é possível, ainda, delimitar prioridades para estudos futuros (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BIBLIOTECA, 2015).

Para catalogação dos achados, todos os artigos analisados foram registrados em planilhas do programa *Microsoft Excel 2016*, onde foram gerados alguns dados quantitativos

e gráficos. Cada artigo recebeu um código de identificação, para facilitar na organização dos arquivos e na análise dos dados gráficos.

Como ferramenta de análise dos dados qualitativos foi utilizada a Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação (MINAYO, 2013). A Análise Temática é um tipo de Análise de Conteúdo, que tem como referência principal um conjunto de técnicas de análises da comunicação, podendo se utilizar de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos apresentados pelas mensagens analisadas (BARDIN, 2009).

A Análise de Conteúdo parte de uma leitura primeira do plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Existem vários tipos de Análise de Conteúdo: Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações e Análise de Enunciação. A Análise Temática é um destes tipos, e considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2013).

A Análise Temática tem a noção de tema como uma afirmação a respeito de um determinado assunto. O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo à teoria que serve de guia (BARDIN, 2009; MINAYO, 2013). Para sua realização, a Análise Temática se desdobra em três etapas:

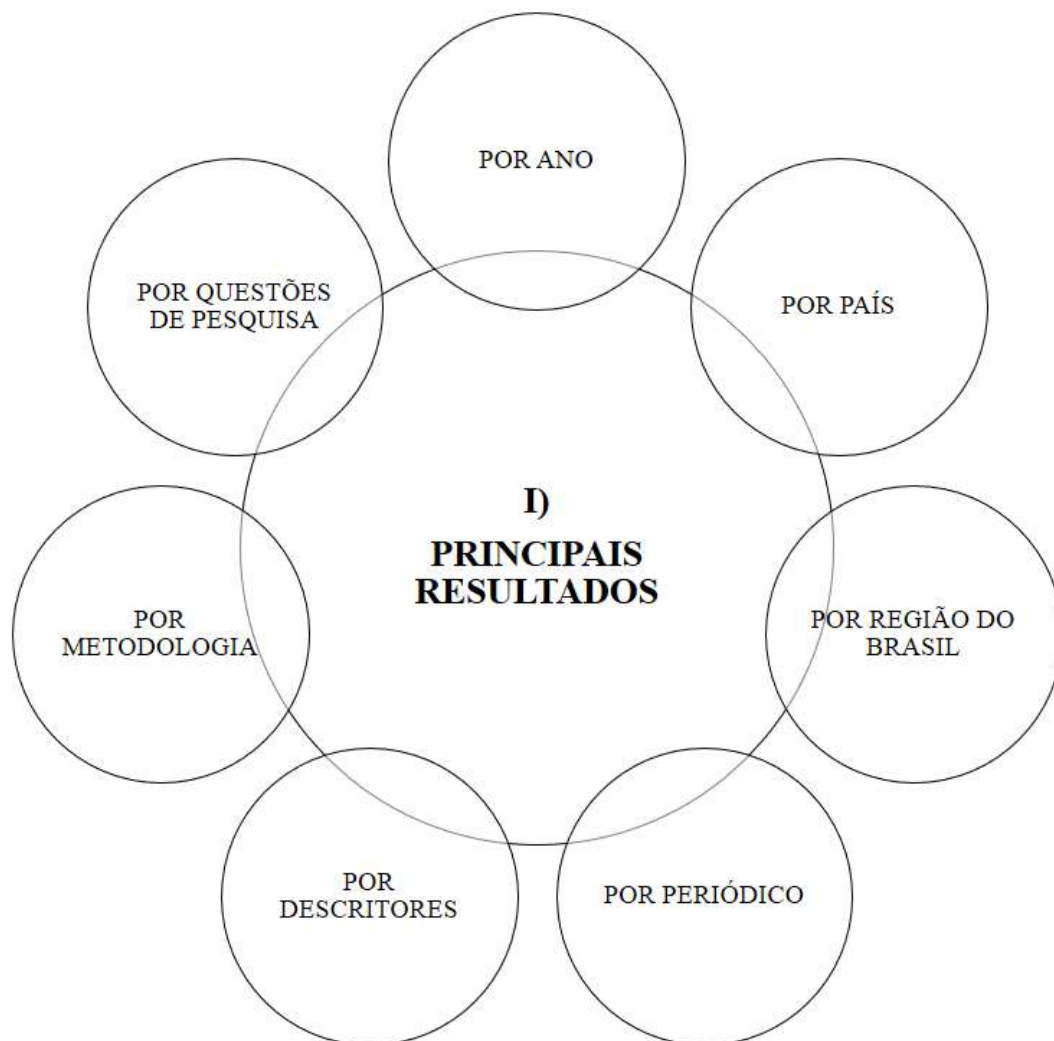
1. Pré-Análise: escolha dos documentos a serem analisados. Se realiza uma “leitura flutuante” do conjunto de comunicações, tendo contato direto e intenso com o material. Se constitui um “corpus” – o universo estudado – seguindo algumas características essenciais, como exaustividade (que o material contemple todos os aspectos previstos), representatividade (conhecer as características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (critérios precisos de escolha), e pertinência (adequação do material analisado para dar respostas aos objetivos do trabalho).
2. Exploração do material: operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Importante encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala será organizado.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: são propostas inferências e realizadas interpretações, relacionadas com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abrindo pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas na leitura do material (MINAYO, 2013, pp. 316-318).

Na pré-análise do material, realizamos a leitura flutuante dos artigos selecionados, sendo possível tomar conhecimento das principais questões abordadas nos estudos e preencher os aspectos gerais da matriz de análise, que traziam recortes dos textos nas unidades de registro já apresentadas. A exploração do material ocorreu após leitura detalhada das matrizes de análise, e posteriormente, ocorreu a classificação e agregação dos dados em dimensões temáticas. O tratamento e interpretação dos resultados se deu a partir das dimensões temáticas, onde realizamos interpretações e inferências por meio de aportes teóricos, que deram sustentação ao estudo.

- VI. Apresentação da revisão: por fim, é realizada uma síntese do conhecimento adquirido com a investigação (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BIBLIOTECA, 2015).

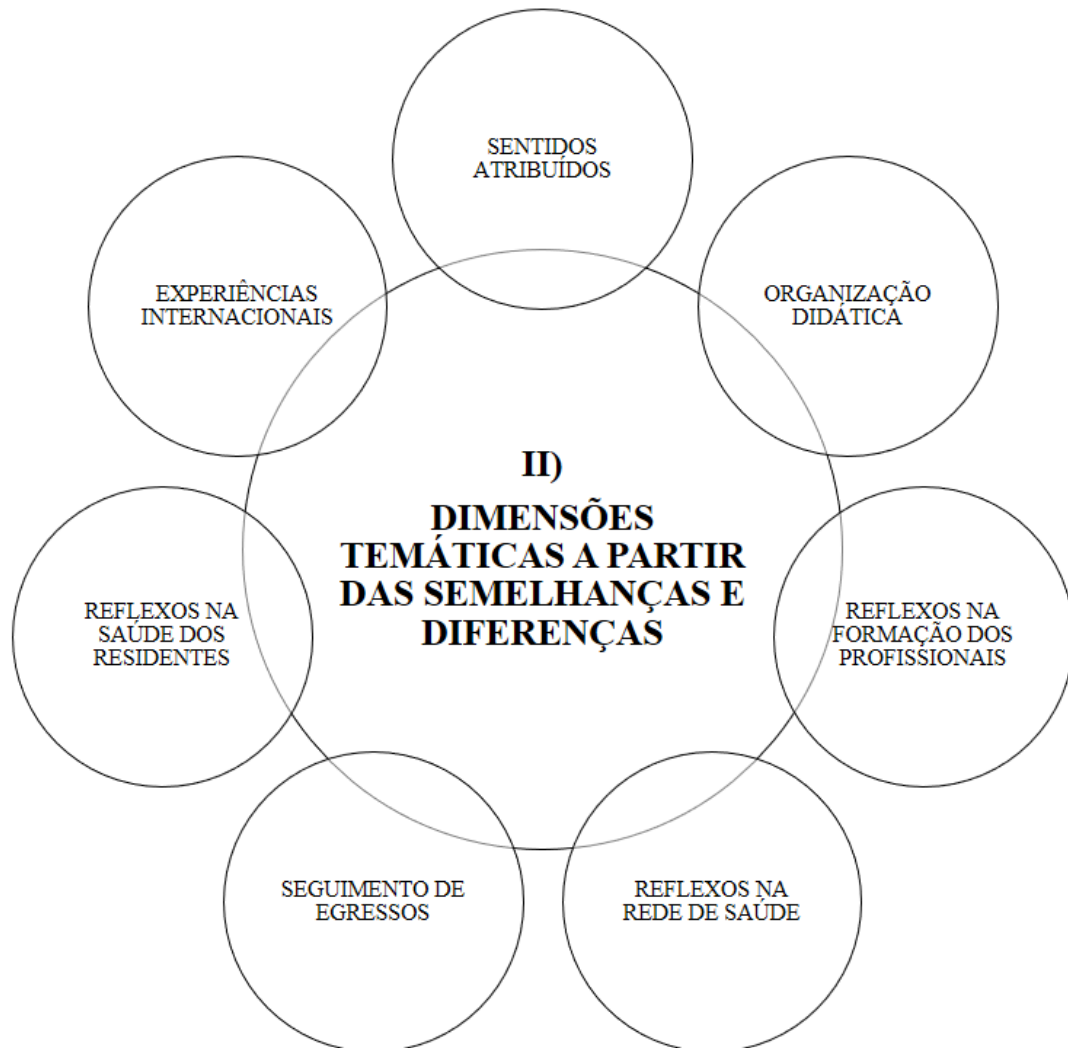
Finalizando, apresentamos os produtos desta pesquisa, encontrados nesta dissertação. A apresentação dos resultados foi, então, dividida em três grandes tópicos, com suas respectivas subdivisões inter-relacionadas: Principais Resultados (Figura 3); Dimensões Temáticas a partir das Semelhanças e Diferenças (Figura 4); Desafios e Prioridades (Figura 5).

Figura 3: Principais resultados



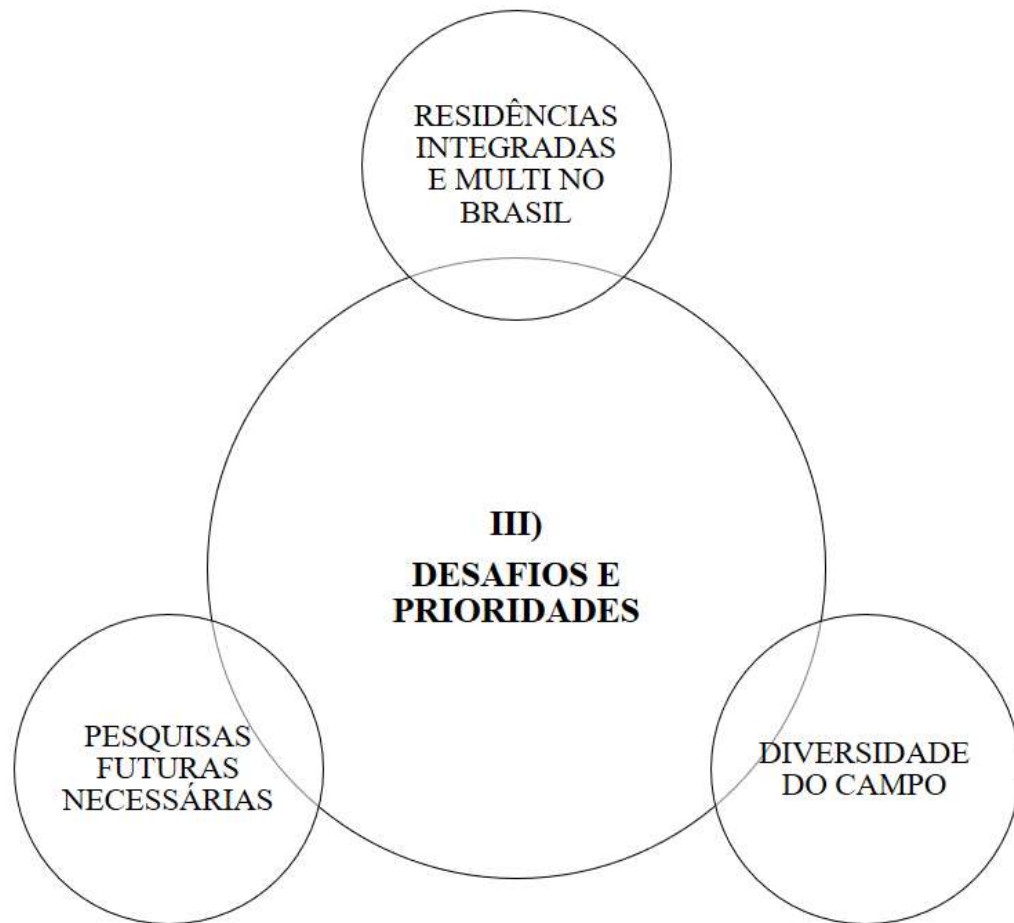
FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Figura 4: Dimensões temáticas a partir das semelhanças e diferenças



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Figura 5: Desafios e prioridades



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Para melhor compreensão da regulamentação, estrutura e modo de funcionamento das Residências em Saúde nos Estados Unidos (EUA) – país onde foram produzidos a maioria dos artigos identificados no MEDLINE – investigamos as regulamentações e orientações específicas sobre as Residências em Enfermagem e Farmácia – estas foram as profissões sobre as quais identificamos grande parte da produção teórica internacional sobre Residências em Área Profissional em Saúde.

O período de coleta e análise dos dados se deu entre dezembro de 2016 e maio de 2017. Como este trabalho se tratou de uma RINT, não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como sujeitos do estudo, deste modo não houve necessidade de aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), vinculado à UFC (BRASIL, 2012b, 2016).

4 COMPREENDENDO AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Como já sinalizado, as RIS/RMS/RAP aparecem como uma das estratégias de ação da PNEPS, que conta com diversos outros programas, como: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), Revalidação de Diplomas Médicos, RM e Pró-Internato, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (PROFAPS), Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), dentro outros que têm em comum a EPS como estratégia (BRASIL, 2004a; FERRAZ *et al*, 2012).

No ano Internacional da Educação, em 1970, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), criou uma comissão internacional para o desenvolvimento da educação, visando estudar os problemas educacionais dos países e apresentar estratégias para superação. Essa comissão indicou a Educação Permanente como fundamento da educação do futuro, a apresentando como uma educação prolongada, que não se limita aos muros das escolas, e adquirindo dimensões de um movimento popular (GADOTTI, 1999).

No contexto da saúde, a Educação Permanente surge a partir de reformulações teóricas visando uma superação da lógica de capacitação advinda da Educação Continuada, com pessoas reunidas em uma sala e isoladas do contexto real de trabalho (Quadro 2). Embora possa se alcançar aprendizagens individuais por meio de capacitações, efetivamente, elas podem não ser transferidas em uma ação coletiva (DAVINI, 2009).

Quadro 2: Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde

| | EDUCAÇÃO CONTINUADA | EDUCAÇÃO PERMANENTE |
|-------------------------------|--|---|
| Pressuposto Pedagógico | O “conhecimento” preside/define as práticas. | As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização de trabalho, etc); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa). |
| Objetivo Principal | Atualização de conhecimentos específicos. | Transformação de práticas. |
| Público | Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar. | Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema. |
| Modus Operandi | Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos. | Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas. |
| Atividades Educativas | Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma. | Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessário, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção – gestão – educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. |

FONTE: ADAPTADO DE BRASIL (2004b)

Na década de 1980, a EPS foi assumida como uma prioridade junto Organização Mundial da Saúde (OMS) e à Organização Panamericana de Saúde (OPAS). A partir de então, grupos de trabalho elaboraram propostas teórico-metodológicas com diretrizes que tinham por finalidade guiar e estruturar programas e políticas sobre EPS nos diversos países do mundo. Neste cenário, o Brasil de destaca, desenvolvendo diversos projetos, programas e políticas públicas na área (FERRAZ *et al*, 2012).

A EPS pode ser considerada como uma polissemia, existindo diferentes formas de se pensar sobre ela. Segundo Davini (2009), a EPS busca incorporar o aprendizado à vida cotidiana, ampliando os espaços educativos, modificando substancialmente as estratégias educativas, colocando os participantes como atores reflexivos e construtores de conhecimento, e não só como receptores do mesmo, além de a equipe ser abordada como estrutura principal da intervenção.

Esse processo formativo deve ser feito de modo descentralizado e ascendente, como recurso estratégico que permite articular gestão, atenção e formação no enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu próprio território geopolítico de atuação (BRASIL, 2004b).

Contudo, é importante considerar também que a Educação Permanente não apresenta apenas pontos positivos, se a mesma for orientada e desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar; é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças – o que pode reforçar ainda mais padrões de controle (DAVINI, 2009).

Compreendendo, então, que o trabalho em saúde no SUS requer trabalhadores que “aprendam a aprender”; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a Integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde; além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento, as RIS/RMS/RAP surgem como estratégias de pós-graduação, de atuação e articulação da Educação Permanente no contexto da formação de trabalhadores da saúde (CECCIM, 2005).

Originalmente, a modalidade de formação em serviço denominada “Residência” surge no final do século XIX, com *William Halsted*, nos EUA, que sistematiza esse modelo de formação, acreditando que os médicos necessitavam de uma educação mais sólida (FERREIRA, 2001). Neste tipo de treinamento científico, o médico formado residia no hospital por algum tempo, com atribuições de responsabilidade progressiva nos cuidados pré e pós-operatórios e na execução de cirurgias (MIRANDA JÚNIOR, 1997).

No Brasil, a RM se inicia em 1944, com programas hospitalares, vinculados inicialmente ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), sendo os primeiros programas nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Físio-Biologia Aplicada. No Rio de Janeiro, o Hospital dos Servidores inicia em 1948 o seu programa de RM. Até a década de 1960, os programas de RM se concentravam

basicamente nos hospitais públicos tradicionais e nos hospitais universitários públicos (RIBEIRO, 2011).

Para além da Medicina, no núcleo da Enfermagem, a primeira experiência de uma Residência no Brasil ocorre em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi (SP), com ênfase no ensino prático, sem eliminar o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisas na área. Durante a década de 1970, a Enfermagem passa a discutir sobre os modelos possíveis de formação na modalidade Residência, em decorrência do Plano Nacional de Pós-Graduação instituído pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), com a criação de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e a partir da necessidade da capacitação técnica dos enfermeiros. O enfoque da Residência em Enfermagem, neste período, é centrado nas necessidades hospitalares, onde a assistência à saúde apresenta maior complexidade tecnológica, tornando necessária a especialização. Em 1978, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) organizou um seminário sobre Residências em Enfermagem, no Rio de Janeiro, cujo produto final evidenciou a inexistência de um consenso sobre o tema (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A proposta de uma Residência em Saúde Comunitária surge em 1976, quando no Rio Grande do Sul foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária, que objetivava formar profissionais com uma visão integrada de saúde e com perfil humanista e crítico – dois anos depois, em 1978, esse programa torna-se multiprofissional (BRASIL, 2006). A mesma experiência foi incorporada pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, que propuseram criar um modelo de saúde qualificado e de base municipal (ROSA; LOPES, 2010).

Em 1977 é definida, por decreto nacional, a RM, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço. Com o decorrer dos anos esse passa a ser considerado o “padrão ouro” na especialização médica (BRASIL, 2006). Dallegrave e Kruse (2009) avaliam que historicamente, no Brasil, a modalidade de ensino denominada “Residência” se consolidou como especialização para profissionais da Medicina, vinculado ao modelo hegemônico de atuação por especialidade, característica desta profissão – ou com base na “Lógica Profissional”, definida por D’Amour (1997). “O termo ‘residência’ é: casa; domicílio [...] para os médicos, parece ser um laboratório, o lugar da experimentação e do aprendizado. E para os idealizadores do projeto da RMS, o que ela é ou representa?” (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 221).

A partir da década de 1990, sob orientação dos Fóruns Participativos da Saúde e na condição de importante estratégia na busca da integralidade, começam a surgir diferentes

programas de RMS. Ainda com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), é anunciada a necessidade do trabalho com competências profissionais adequadas a estes campos de trabalho em expansão (RAMOS *et al.*, 2006).

No Ceará, em 1999, no município de Sobral, foi criada a primeira RMS do estado, com ênfase em Saúde da Família, a partir da necessidade de capacitar os profissionais membros das equipes de saúde da família para implementar todas as ações previstas na referida estratégia. Inicialmente, o projeto foi pensado para enfermeiros e médicos que já atuavam nas unidades da região. Foi articulado através do ensino em serviço, discussões de casos, visitas domiciliares, plantões em unidades de atenção secundária e conteúdos teóricos com aulas específicas (BARRETO *et al.*, 1999).

Um ano depois, 70 residentes (24 médicos e 46 enfermeiros), admitidos para a primeira turma, já estavam cursando o segundo ano de Residência e elaborando seu trabalho para conclusão do curso. Estavam ocorrendo, ainda, preceptorias em serviços; estágios em ambulatorios especializados, como Cardiologia, Saúde Mental, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS; conteúdo teórico, que compreendeu 460 horas de aulas, as quais foram cumpridas no primeiro ano; rodas semanais, para encontros de toda a equipe; além de atividades de aprimoramento da capacidade de comunicação, trabalho comunitário e educação em saúde dos residentes (BARRETO *et al.*, 2000).

Inicialmente, as RMS estiveram fortemente vinculadas às propostas da Atenção Básica (AB) e Promoção da Saúde. Segundo Rosa e Lopes (2010), a RMS foi apresentada como estratégia de reorientação da AB para a implantação e reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo de atenção à saúde vigente.

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do MS, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de RMS, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha Saúde Pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento. [...] No ano de 2002 foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento do MS, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde (BRASIL, 2006, p. 6).

A partir de 2003, houve uma maior interlocução entre Educação e Saúde, com a intenção do governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo de categorias profissionais, como forma de incentivar o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde. As intercessões promovidas pela educação na saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem, poderiam garantir uma interlocução entre formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde (ROSA; LOPES, 2010). Neste mesmo ano é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), secretaria do MS, com o objetivo de gerir especificamente a formação de recursos humanos em saúde.

Ceccim (2009) salienta que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) aprovadas entre 2001 e 2004 afirmam que a formação básica nas profissões de saúde deve contemplar a orientação pela integralidade, pelo trabalho em equipe e pela apropriação do SUS. As RIS/RMS/RAP colocam essas orientações como uns de seus aspectos fundamentais.

Ao apoiar a implantação das DCN para os cursos da área da saúde, o MS vem incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Projetos como PRO-SAÚDE e PET-SAÚDE sinalizam a ação indutora do MS para promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação das instituições formadoras dos serviços de saúde. Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS apoia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 815).

Entendendo este “novo trabalhador em saúde”, como aquele pautado na apropriação do SUS, na integralidade e no trabalho em equipe – já sinalizados anteriormente. Especialmente porque, conforme Feuerwerker e Sena (1999), as respostas produzidas pela ciência não tem dado mais conta da realidade atual, cada vez mais complexa, permeada em fronteiras de crises, com um mundo em constante e acelerada mutação; de modo que, os novos problemas, para serem resolvidos, pressupõem o diálogo entre saberes, conhecimentos e disciplinas. Moraes, Castro e Souza (2012) avaliam que é justamente essa característica interdisciplinar que confere um caráter relevante aos programas de RIS/RMS/RAP.

Em 2001, a resolução nº 259 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) define em seu artigo 2º que “a Residência em Enfermagem se configura em modalidade de pós-graduação *latu sensu* destinada a enfermeiros, caracterizada por desenvolvimento das competências técnico-científica e ética, decorrentes do treinamento em serviço (COFEN, 2001) – esta resolução foi revogada em 2014 (COFEN, 2014). A Residência em Enfermagem foi caracterizada por sua dedicação exclusiva, onde o residente entraria em contato direto com

os pacientes, acompanhando sua evolução e cumprindo atividades teóricas e práticas. Segundo Magnabosco *et al* (2015), esse tipo de capacitação eleva a qualidade da assistência nos serviços de saúde e forma profissionais mais preparados para a prática profissional, com condições de atender os grandes centros, com maior conhecimento e especialização.

Então, em 2005, a Lei 11.129 e a Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2117 instituem a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005). Em 2007, uma nova portaria interministerial define o que seriam:

Art. 1º Definir que a RMS e a RAP constituam-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais (BRASIL, 2007).

Durante os anos de 2005 e 2006 foram realizados diversos seminários regionais e nacionais com parcerias entre MEC, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), SGTES. Estes seminários contavam com a participação dos diversos sujeitos envolvidos nos programas de Residências em Saúde (residentes, preceptores, coordenadores, secretários municipais de saúde, dentre outros) e tinham o intuito de trocar experiências e conhecimentos acumulados pelas diversas Residências existentes no país, além de estimular a reflexão e o debate sobre as estratégias para construção da multidisciplinaridade, de diretrizes nacionais para a RMS, da gestão do sistema e composição de uma Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde aconteceu em Brasília no final de 2005 e o segundo seminário nacional, em 2006, no Rio de Janeiro, dentro do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Na percepção de residentes multiprofissionais oriundos de variados programas, que se encontraram naqueles seminários e escreveram sobre a RMS, tais programas se apresentam como “um espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) [...] com vistas a proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde” (RAMOS *et al*, 2006, p. 380). Apresentam, ainda, suas ideias, considerando que os programas de RMS/RIS devem ser construídos de modo a proporcionar o desenvolvimento de um campo de conhecimentos e

práticas que deve ser comum a todos os profissionais daquela área, além do núcleo de conhecimentos e práticas específicos de cada profissão.

Nas RMS/RIS há atividades e experiências a que todas as profissões envolvidas devem estar expostas em conjunto e outras que são específicas para cada uma delas. Ou seja, campo e núcleo devem estar articulados para o desenvolvimento de competências comuns, por um lado, e de competências específicas, por outro. Compreendendo que, segundo Campos, Chakour e Santos (1997) e Campos (2000), existe uma inevitável sobreposição de limites entre as disciplinas, de modo que a institucionalização dos saberes, e sua organização em práticas, se dá na confrontação entre núcleos e campos – núcleo como uma aglutinação de conhecimento, demarcando a identidade de uma área de saber; e campo como um espaço de limites imprecisos, onde cada profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas e práticas.

Carvalho e Nepomuceno (2008) apresentam a RMS como prática impulsionadora de melhorias na saúde, pautada numa pedagogia dialógica e problematizadora, estabelecendo espaços cotidianos de reflexão coletiva sobre a prática e tencionando a construção da cogestão dos processos de trabalho. Com caráter indutor de mudanças no campo do fazer-saber em saúde, a partir da criação e fortalecimento de espaços de problematização e diálogo sobre as práticas.

Então para o acompanhamento dos programas de RIS/RMS/RAP, foi instituída a CNRMS, composta por diversos representantes. A CNRMS foi constituída por meio da *Portaria Interministerial* nº 1.077, de 2009, coordenada conjuntamente pelo MS e MEC, tendo como principais atribuições avaliar e acreditar as RIS/RMS/RAP de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

- I. cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do país;
- II. concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III. política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV. abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

- V. estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI. integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII. integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da EPS, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII. integração dos Programas de RMS e RAP com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- IX. articulação da RMS e RAP com a RM;
- X. descentralização e regionalização, contemplando as necessidades nacionais, regionais e locais de saúde;
- XI. estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;
- XII. integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (BRASIL, 2009).

Em 2012, a CNRMS, em sua Resolução nº 02, instituiu que as RMS e RAP constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (CNRMS, 2012).

Esta mesma resolução vai orientar, ainda, que as instituições que oferecerem Programas de Residência em Saúde devem ser responsáveis pela organização de um Projeto Pedagógico (PP) dos respectivos programas. E que a estrutura e funções envolvidas na implementação dos PP dos programas de Residência em Saúde serão constituídas pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), coordenação de programa, Núcleo Docente-Assistencial-Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes (CNRMS, 2012).

A partir de 2014 a CNRMS passa a se referir a estas estratégias de formação como Residências em Área Profissional da Saúde, nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional. Não há resolução que justifique a mudança na nomenclatura. A partir da Resolução nº 05 estes novos termos já são utilizados (CNRMS, 2014).

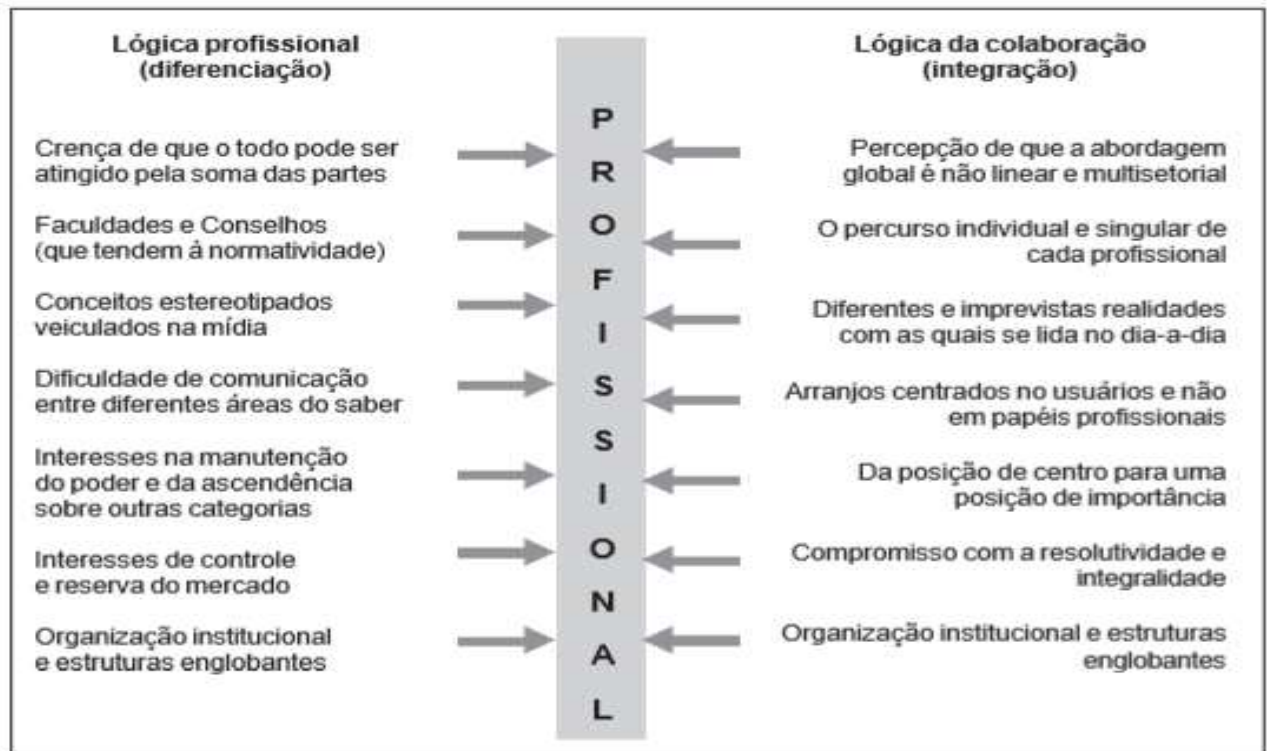
As diferenças entre as RAP, RMS, RUS se dão das mais diversas formas, desde a natureza (pública, privada, ou filantrópica) e estrutura da instituição de ensino disponível para a formação; a relação delas com o SUS; a qualificação da preceptoría; a avaliação; o funcionamento; a distribuição da carga horária, dentre outras (RAMOS *et al*, 2006), mas as bases são, em comum, o processo formativo que deve acontecer permanente e ativamente ao longo do desenvolvimento do projeto e o incentivo à prática colaborativa, com vias de se chegar a uma atuação integrada. Por isso mesmo, Dallegrave e Ceccim (2013) orientam que todos os programas possam ser denominados de “Residências em Saúde”, inclusive para facilitar a busca de palavras chave em pesquisas.

Residências Integradas, em complemento às Multiprofissionais e em Área Profissional, são pautadas por uma tentativa de maior integração entre profissões e programas, como na lógica da Integralidade, que é compreendida no contexto da saúde desde a Constituição Brasileira de 1988 e busca envolver ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço, além de sinalizar a imprescindível relação entre formação de profissionais de saúde e realidades de saúde loco-regionais (PINHEIRO, 2009).

Contudo, não há nenhuma definição oficial do termo RIS nas resoluções da CNRMS. Segundo Ferreira (2007), programas denominados “multiprofissionais” são constituídos por diversas categorias profissionais; já programas “integrados” buscam a integração dos diferentes saberes, um programa de Residência “mesmo que constituído de uma única profissão, pode ser chamado de ‘integrado’, por estabelecer conexões multiprofissionais e interdisciplinares no ensino, nas aprendizagens e nos ambientes de trabalho” (p. 15).

Na perspectiva integral se mostra importante, então, superar uma “lógica profissional”, que tenta continuamente garantir um mercado definido e inviolável, aumentar um grau de autonomia e dominação e controle sobre outras categorias, em direção à “lógica da colaboração profissional”, apontando para a necessidade de se colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências e habilidades (D’AMOUR, 1997; FURTADO, 2007), conforme se vê na Figura 6.

Figura 6: Lógica Profissional e Lógica da Colaboração



FONTE: D'AMOUR (1997); FURTADO (2007)

Segundo Furtado (2007), à medida que o grau de colaboração profissional aumenta, pode decrescer a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os diversos profissionais – e incluindo os pacientes e familiares – o que pode ser particularmente difícil para alguns profissionais. Por outro lado, o aumento da colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade do cuidado, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados.

Não devemos nos esquecer de que colaboração interprofissional é, essencialmente, colaboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2007, p. 248).

Contextualizando o estado do Ceará, estado dos autores desta pesquisa, no ano de 2013, por exemplo, houve uma significativa ampliação nas vagas de Residência Integrada no Estado – por meio da implementação de um programa de RIS, vinculado à Escola de Saúde

Pública do Ceará (ESP-CE). Foram disponibilizadas 222 vagas, distribuídas em todo o Estado e em diversas ênfases (CEARÁ, 2013).

O programa RIS-ESP-CE, a semelhança de outros programas nacionais, é ordenado por um colegiado de coordenadores, que se dividem em um coordenador geral e coordenações específicas de cada ênfase. O corpo docente-assistencial do programa são os tutores de campo e de núcleo, preceptores de núcleo e o preceptor de campo (CEARÁ, 2013).

Segundo Brasil (2012a), a função da coordenação do programa deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde, sendo suas responsabilidades:

- I. fazer cumprir as deliberações da COREMU;
- II. garantir a implementação do programa;
- III. coordenar o processo de autoavaliação do programa;
- IV. coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do PP junto à COREMU;
- V. constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;
- VI. mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
- VII. promover a articulação do programa com outros programas de Residência em saúde da instituição, incluindo a Médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
- VIII. fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS;
- IX. promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES);
- X. responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS.

A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de

campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos. A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (BRASIL, 2012a).

A função de preceptor se caracteriza por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O preceptor de núcleo deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática (BRASIL, 2012a).

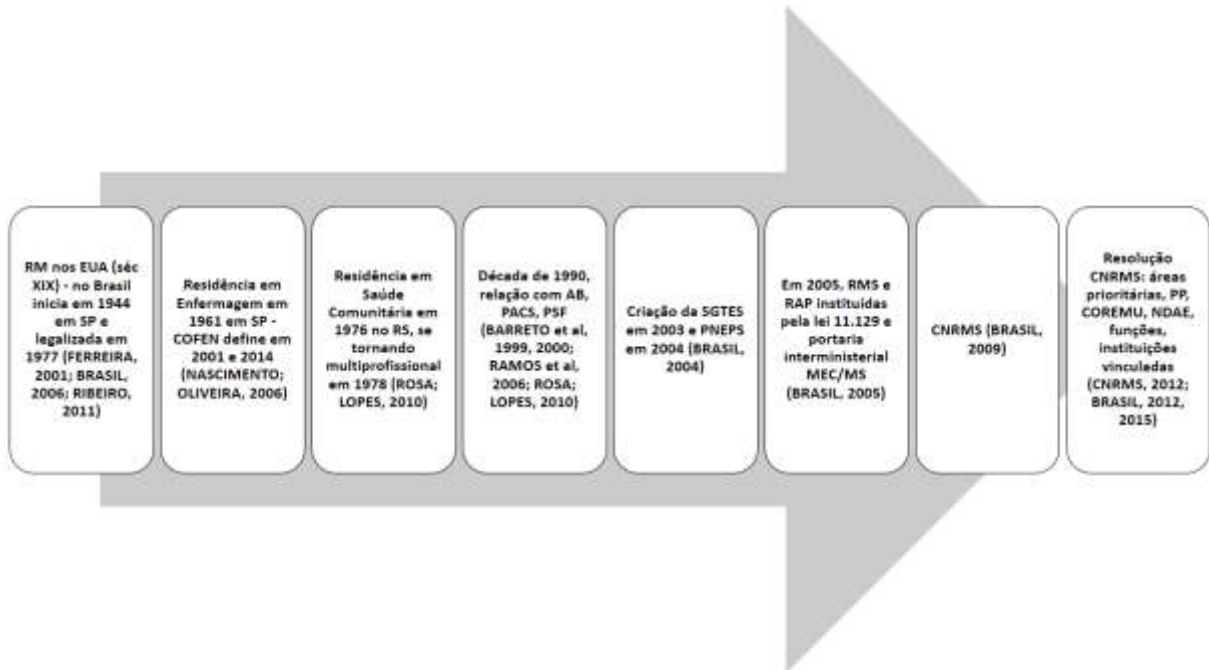
Por sua vez, o profissional de saúde que ingressar no programa de Residência em Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente, e terá como atribuições:

- I. conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;
- II. empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
- III. ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas;
- IV. dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 horas semanais;
- V. conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;
- VI. comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
- VII. articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;

- VIII. integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- IX. integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;
- X. buscar a articulação com outros programas de RMS e RAP, e também com os programas de RM;
- XI. zelar pelo patrimônio institucional;
- XII. participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;
- XIII. manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à RMS e RAP;
- XIV. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (BRASIL, 2012a).

Todo programa de RIS, RMS ou RAP, financiado e legitimado pelo MS em parceria com o MEC, deve contar, ainda, com uma Instituição Formadora e uma Instituição Executora. A primeira é a Instituição de Ensino Superior (IES) responsável pela condução do programa; Instituição Executora, por sua vez, é o local onde se desenvolverá a carga horária prática do programa (BRASIL, 2012a). Contudo, em portaria de 2015, o MS definiu que hospitais que contam com Centros de Estudo podem desenvolver programas específicos de RIS/RMS/RAP, sem necessidade de uma IES parceira (BRASIL, 2015).

Figura 7: Linha do tempo das Residências em Saúde no Brasil



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Deste modo, compreendemos que o processo histórico das Residências em Saúde brasileiras é recente – como observado na Figura 7 – e ainda se encontra em transformação, podendo apresentar novas possibilidades e reconfigurações, na tentativa de melhorar a integralidade do cuidado e a relação ensino-serviço nos campos de práticas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

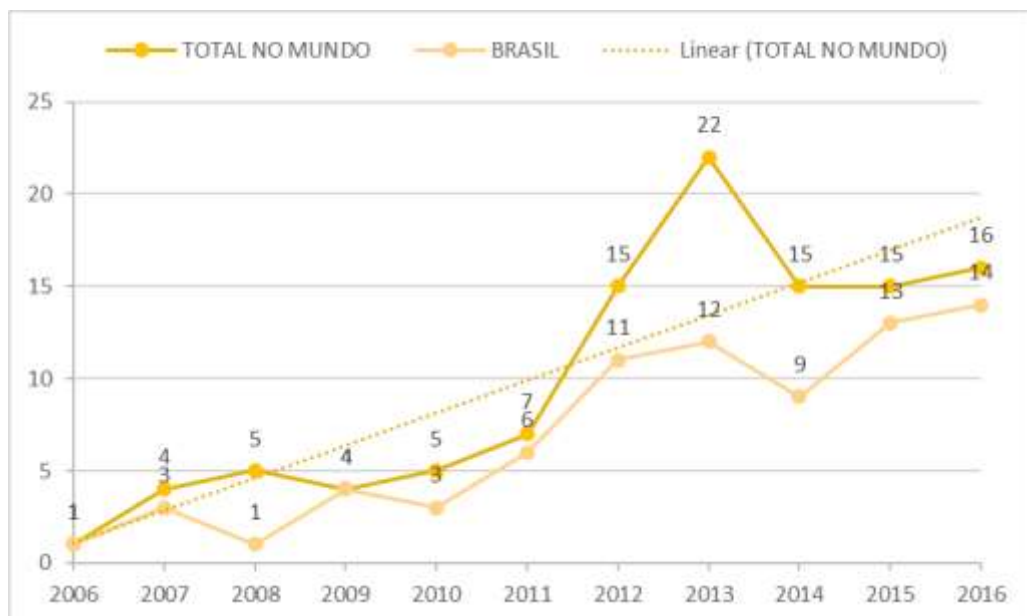
Os 109 artigos analisados são apresentados no Apêndice II, incluindo o código de referência atribuído, o título, os autores, o periódico e o ano de publicação. O artigo com código S00 serviu de base e inspiração para a estruturação deste estudo, então entrou na análise como primeira identificação.

A partir dos artigos estudados, realizamos análises gráficas, dispostas por ano, país, região e estado do Brasil, periódico científico, descritores, por metodologia (a partir dos métodos de pesquisa e das técnicas de análise utilizadas) e por questões e temas de pesquisa atribuídos.

5.1. Artigos publicados por ano

Percebemos uma tendência crescente na publicação de artigos sobre as RIS/RMS/RAP, havendo um maior número de publicações no ano de 2013. Das 22 publicações deste ano, doze foram do Brasil. Nos últimos três anos, a média mundial de publicações anuais se manteve em torno de quinze artigos por ano (Gráfico 1).

Gráfico 1: Artigos publicados por ano, no Brasil e no mundo



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

A oficialização das RMS e RAP, no Brasil, data de 2005, mas a partir dos anos 2010 há um crescimento anual de programas espalhados pelo país e de novas bolsas para residentes, isso pode justificar o aumento do número de publicações anuais a partir deste período. Nos EUA, segundo PHILLIPS *et al* (2012), com relação às Residências de Farmácia, é esperado que até 2020 todos os farmacêuticos realizem estes programas, implicando também no aumento do número de programas e publicações.

No Brasil é difícil mapear exatamente o quantitativo de Residências em Saúde no país, pois apesar de se saber da ampliação desses programas, não se encontram com facilidade dados precisos sobre tal expansão nos sites eletrônicos do MS e do MEC, então quase nada é possível concluir sobre o panorama quantitativo atual das Residências em Saúde brasileiras (XAVIER; KNUTH, 2016).

5.2. Artigos publicados por país

Foram analisados 77 artigos do Brasil, 26 dos EUA, três do Canadá e proveniente de Arábia Saudita, Burkina Faso e Espanha, um artigo de cada país; se destacando, então, a produção brasileira com relação às RIS/RMS/RAP.

Gráfico 2: Artigos publicados por país



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

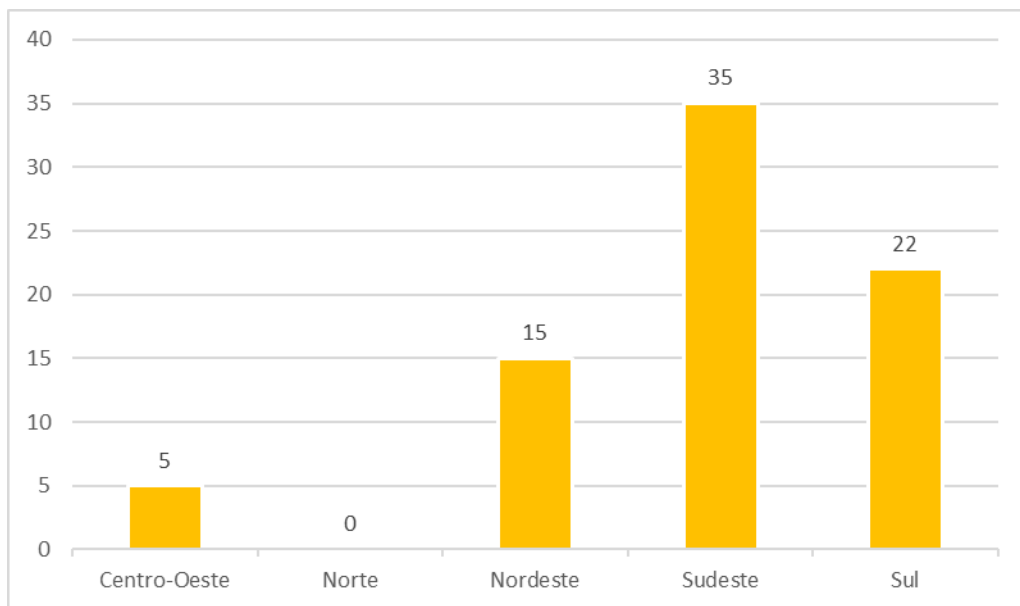
A partir da análise do Gráfico 2, percebemos que existem zonas de concentração de publicações sobre a temática, principalmente no Brasil e Estados Unidos. Mas podemos

inferir que o Brasil é o país que mais tem publicado sobre estas estratégias formativas em saúde no período de 2006 a 2016. Apresentando, inclusive, perspectivas variadas de programas de RIS/RMS/RAP, diferentemente dos EUA, que em sua maioria apresenta artigos de Farmácia, seguidos de alguns da Enfermagem.

5.3. Artigos publicados por região do Brasil

Como a maior parte das produções encontradas foram do Brasil, optamos por apresentar uma análise mais detalhada das publicações por região e estados brasileiros. Para a análise destas questões foi considerado o estado de localização do primeiro autor da pesquisa, visto que em alguns artigos existiam coautores de mais de um estado; um deles contando, inclusive, com coautoria de um pesquisador da França (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

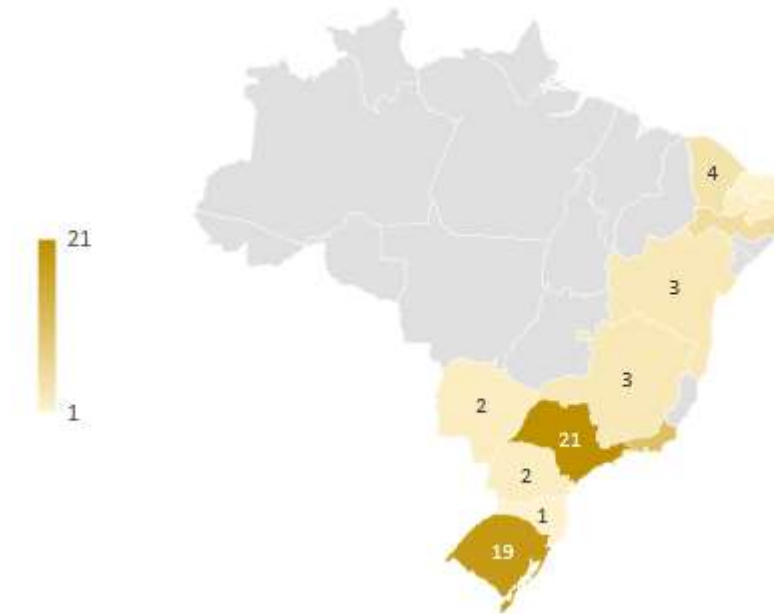
Gráfico 3: Artigos publicados por região do Brasil



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

As regiões brasileiras que mais têm produzido sobre as RIS/RMS/RAP são as regiões Sudeste e Sul, seguidas por região Nordeste. Percebemos uma falta de publicações na região Norte e poucas produções na região Centro-Oeste (Gráfico 3). Resultado parecido ao da pesquisa de Dallegrave e Ceccim (2013), onde foi encontrado que a maior parte da produção vem da região Sudeste (54%), seguido de 24% da região Sul e 11% da região Nordeste.

Gráfico 4: Artigos publicados por estado brasileiro



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Avaliando as publicações por estado, os que mais publicam sobre RIS/RMS/RAP são Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, concentrando juntos 51 das 77 produções nacionais analisadas. Há uma clara necessidade de maior incentivo na produção científica da temática nos demais estados brasileiros, principalmente nos que compõem a região Norte, como observamos no Gráfico 4 – que apresenta claramente um eixo de produções em uma determinada faixa brasileira.

5.4. Artigos publicados por periódico

Foram encontrados 53 periódicos científicos com publicações sobre RIS/RMS/RAP, o que deixa claro que uma diversidade de revistas aceitou publicações sobre Residências em Saúde no período de 2006 a 2016. Mas 30 destas revistas só publicaram um artigo sobre a temática nos últimos anos (Quadro 3).

Quadro 3: Quantidade de artigos publicados por periódico

| PERIÓDICO CIENTÍFICO | QUANTIDADE DE ARTIGOS PUBLICADOS |
|--|---|
| AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION | 24 |
| INTERFACE | 6 |
| REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM | 5 |
| ABCS HEALTH SCIENCES | 3 |
| REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | 3 |
| SAÚDE E SOCIEDADE | 3 |
| TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE | 3 |
| CADERNO DE TERAPIA OCUPACIONAL | 2 |
| CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA | 2 |
| COGITARE ENFERMAGEM | 2 |
| ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING | 2 |
| PHYSIS | 2 |
| PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO | 2 |
| REVISTA APS | 2 |
| REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA | 2 |
| REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM | 2 |
| REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM USP | 2 |
| REVISTA DE ENFERMAGEM UERJ | 2 |
| REVISTA ELETRÔNICA GESTÃO & SAÚDE | 2 |
| REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM | 2 |
| REVISTA SBPH | 2 |
| SAÚDE DEBATE | 2 |
| TEXTOS E CONTEXTOS | 2 |
| OUTROS (cada um com um artigo) | 30 |

FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Se destacam no Brasil, os periódicos Interface (com seis artigos) e Revista Gaúcha de Enfermagem (com cinco artigos); várias outras revistas brasileiras da Enfermagem, que de maneira geral tem publicado bastante pesquisas sobre as RIS/RMS/RAP, também se destacam. Mas não existe um periódico de referência nacional para pesquisas sobre as Residências em Saúde.

Nos Estados Unidos o periódico *American Journal of Pharmaceutical Education* é o que mais publicou artigos científicos, todos sobre Residência em Farmácia. Podendo ser considerado como referência mundial para publicações a respeito deste núcleo profissional, visto que publicou artigos do Canadá e da África também.

5.5. Análise a partir dos descritores

Com relação aos descritores dos artigos analisados, se percebe uma diversidade de termos e uma falta de definição de termos mais específicos para as buscas sobre estes objetos de estudo. Foram identificadas 140 palavras chave nos artigos em português, 87 nos artigos em inglês e nove nos artigos em espanhol, todos os termos são descritos no Apêndice III.

Podemos perceber que os principais descritores para as buscas sobre RIS/RMS/RAP no período de 2006 a 2016 diferem em grande parte dos termos utilizados nesta pesquisa, na língua portuguesa, eles envolvem “Internato e Residência”, “Internato Não-Médico”, “Residência”, e “Capacitação em Serviço”; e na língua inglesa: “*Residency*” e “*Residency Training*” – mas todos são relacionados a Educação em Saúde e Residências – houveram outros termos que foram citados mais vezes em ambas a línguas, mas eles são mais abrangentes, tendo menor relação com o objeto Residências em Saúde, ou representando a área ou profissão aos quais o programa estava vinculado. Na língua hispânica, pela pouca quantidade de artigos analisados, é inviável estabelecer um possível padrão.

Na pesquisa de Dallegrave e Ceccim (2013), a leitura das palavras chave das pesquisas resultou na constatação de que não há de fato um padrão para pesquisas sobre Residências em Saúde. E há como explicar tal questão, visto que no portal do DeCS, utilizando o termo “Residência” no mecanismo de busca, são encontrados um descritor relacionado à mobilidade espacial e dois descritores relacionados com a temática de formação de profissionais de saúde: “Internato e Residência”, que são definidos como “programas de treinamento em Medicina e especialidades médicas oferecidos por hospitais para graduados em medicina para ir de encontro às exigências estabelecidas por autoridades competentes”; e “Internato não Médico”, definidos como “programas avançados de treinamento para responder a certas exigências em outros campos que não a Medicina ou a Odontologia, por exemplo, a Farmacologia, a Nutrição, a Enfermagem, etc”. Sobre estes termos, explicam Dallegrave e Ceccim (2013), há diferenças epistemológicas, de concepção de trabalho em saúde e, até, de concepção pedagógica que os diferem.

E, segundo os resultados desta pesquisa, há ainda uma indefinição junto aos próprios pesquisadores da área, visto que o termo “Internato e Residência” (termo designado, segundo o DeCS, para as RM) foi utilizado quatorze vezes, mas esta pesquisa não incluiu em sua

análise artigos sobre as RM. Deste modo, é clara a inconsistência na definição de descritores de busca para produções sobre RIS, RMS e RAP.

5.6. Análise a partir da metodologia (métodos de pesquisa e técnicas de análise)

A partir dos métodos de pesquisa e técnicas de análise encontradas nos artigos construímos o Apêndice IV, onde são apresentados esses elementos. Os principais tipos de pesquisa identificados nos artigos levam a inferência que pesquisas que envolvem Residências em Saúde do tipo RIS, RMS e RAP se organizam principalmente a partir de abordagens qualitativas, se utilizando de relato de experiências e estudos de caso; nas abordagens quantitativas encontradas, todas trabalharam com estudos transversais; o número de artigos reflexivos e bibliográficos também se destaca (Quadro 4).

Quadro 4: Quantidade de artigos publicados por métodos de pesquisa

| TIPO DE PESQUISA (MÉTODOS) | QUANTIDADE DE ARTIGOS PUBLICADOS |
|-----------------------------------|---|
| ESTUDO TRANSVERSAL | 27 |
| RELATO DE EXPERIÊNCIA | 22 |
| ESTUDO DE CASO | 11 |
| ARTIGO REFLEXIVO | 6 |
| REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 4 |
| PESQUISA ETNOGRÁFICA | 3 |
| CARTOGRAFIA | 2 |
| METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO | 2 |
| PESQUISA DOCUMENTAL | 3 |
| PESQUISA QUALI-QUANTI | 3 |
| ANÁLISE DOCUMENTAL | 2 |
| PESQUISA DOCUMENTAL E HISTÓRICA | 2 |
| ESTUDO AVALIATIVO | 1 |
| HISTÓRIA ORAL | 1 |
| PESQUISA EXPERIMENTAL | 1 |
| PESQUISA PARTICIPANTE | 1 |
| REVISÃO INTEGRATIVA | 1 |

FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Sobre as técnicas de análise dos dados, se destacam principalmente que 46 artigos não referiram ou identificaram alguma técnica de análise, se inserem neste grupo, principalmente,

os relatos de experiência e artigos reflexivos; 27 artigos trabalharam com análises estatísticas, sendo estes, todos os artigos de método quantitativo; e quinze artigos trabalharam com Análise do Conteúdo (sendo que seis destes referiram especificamente Análise Temática), como se observa no Quadro 5.

Já é sabido que a análise estatística é o método de análise comum das abordagens quantitativas, mas percebemos, com relação às abordagens qualitativas sobre RIS/RMS/RAP, que a Análise de Conteúdo é o método de análise mais comumente utilizado – inclusive por este estudo também.

Quadro 5: Quantidade de artigos publicados por método de análise dos dados

| MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS | QUANTIDADE DE ARTIGOS PUBLICADOS |
|---|---|
| NÃO IDENTIFICARAM OU NÃO REFERIRAM MÉTODO DE ANÁLISE | 46 |
| ANÁLISE ESTATÍSTICA | 27 |
| ANÁLISE DE CONTEÚDO | 9 |
| ANÁLISE TEMÁTICA | 6 |
| ANÁLISE DO DISCURSO | 4 |
| ANÁLISE FENOMENOLÓGICA | 3 |
| ANÁLISE ESTATÍSTICA E ANÁLISE QUALITATIVA | 2 |
| PRÁTICAS DISCURSIVAS | 2 |
| ANÁLISE DIALÉTICA | 1 |
| ANÁLISE ESTATÍSTICA E ANÁLISE DE CONTEÚDO | 1 |
| ANÁLISE QUALITATIVA | 1 |
| CONSENSO GRUPO NOMINAL | 1 |
| DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO | 1 |
| ETNOGRAFIA PÓS-MODERNA | 1 |
| HERMENÊUTICA DIALÉTICA | 1 |
| HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA | 1 |
| NARRATIVAS SÓCIO-HISTÓRICAS | 1 |
| PAINEL DE ESPECIALISTAS | 1 |

FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

5.7. Análise a partir das questões de pesquisa

As questões de pesquisa foram diversas, demonstrando as distintas possibilidades que envolvem o campo das Residências em Saúde. Conforme se verifica no Apêndice V, a cada

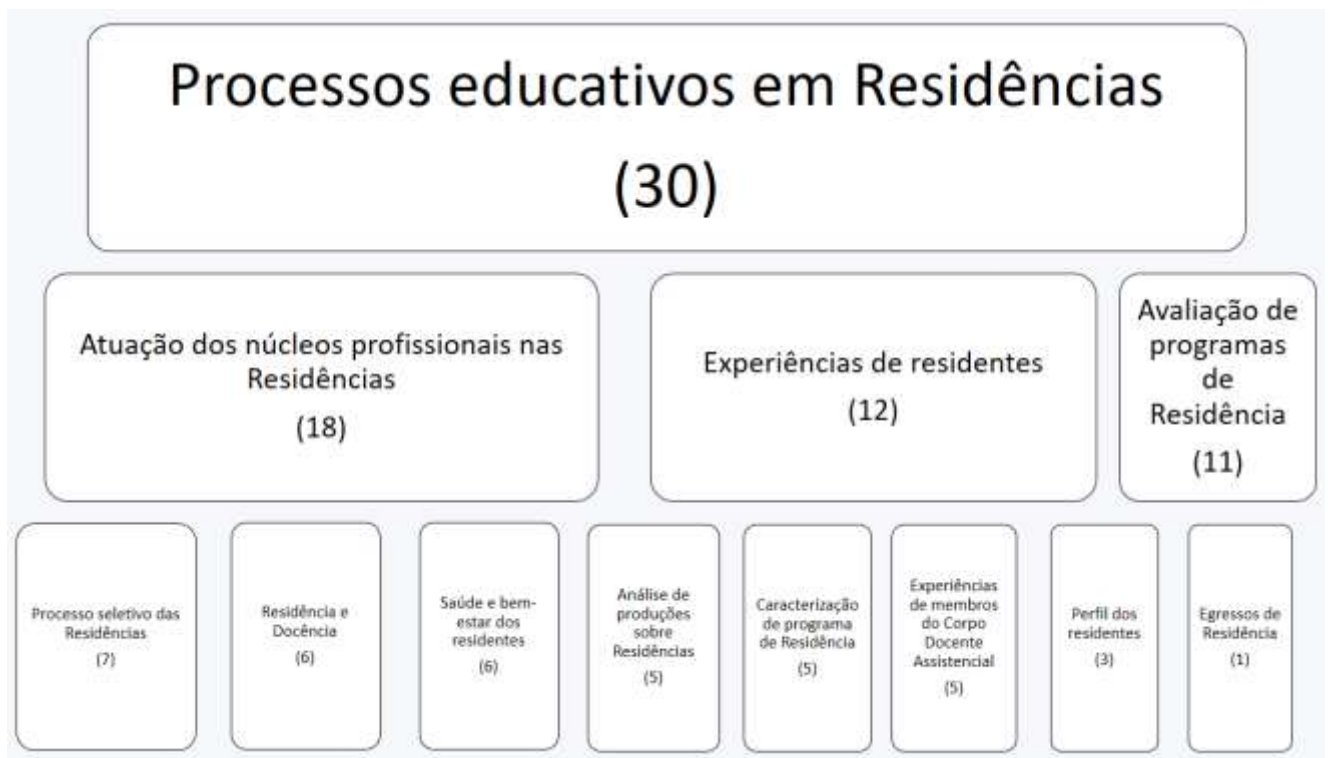
questão de pesquisa foi atribuído um tema de pesquisa, ideia mais ampliada da pesquisa, e que serviu de base para a identificação das principais temáticas de pesquisas que foram publicadas sobre RIS/RMS/RAP no período de 2006 a 2016.

Os temas de pesquisa foram nomeados pelo próprio autor e, no total, foram identificadas doze temáticas de pesquisa sobre RIS/RMS/RAP:

- I. Análises de produções sobre Residências: pesquisas que envolveram análises documentais, bibliográficas e de fichas sobre as RIS/RMS/RAP;
- II. Atuação dos núcleos profissionais: pesquisas sobre atuações dos núcleos específicos. Foram encontrados textos sobre os núcleos da Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional;
- III. Avaliação de programas de Residências: pesquisas que avaliaram os programas de RIS/RMS/RAP. Avaliações estatísticas ou a partir das vivências entraram neste tema;
- IV. Caracterização de programa de Residências: pesquisas que buscaram apresentar um determinado programa, descrevendo-o ou caracterizando-o a partir de reflexões dos autores;
- V. Egressos de Residências: somente uma pesquisa foi encaixada especificamente nesta temática, avaliando a empregabilidade de egressos de um programa de Residência;
- VI. Experiências de membros do corpo docente assistencial: pesquisas com diretores, preceptores, tutores ou docentes convidados dos programas de RIS/RMS/RAP. Principalmente investigando as experiências destes atores.
- VII. Experiências de residentes: pesquisas com descrições e avaliações das experiências dos residentes e da vivência de seu programa;
- VIII. Perfil dos residentes: pesquisas que buscaram traçar um perfil sociodemográfico e acadêmico dos profissionais residentes;
- IX. Processo seletivo da Residência: pesquisas que descreveram as etapas do processo seletivo, ou buscaram refletir sobre o processo de preparação para a entrada em um programa de Residência. Todas as questões encaixadas neste tema foram de produções internacionais;

- X. Processos educativos em Residências: pesquisas sobre concepções de ensino-aprendizagem, métodos de avaliação, teorias e técnicas de ensino e assistência;
- XI. Residência e docência: pesquisas com foco no interesse dos residentes por funções docentes, e buscando articular estas duas áreas;
- XII. Saúde e bem-estar dos residentes: pesquisas com o intuito de investigar aspectos relacionais à saúde integral dos profissionais residentes, avaliando aspectos como estresse, *burnout*, sofrimento psíquico e assédio moral.

Figura 8: Temas de pesquisa por quantidade de ocorrência



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Dentre os temas de pesquisa encontrados, se destacam aquelas pesquisas envolvendo “Processos educativos em Residências”, com 30 achados; seguido por “Atuação dos núcleos profissionais nas Residências”, com 18 achados; “Experiências de residentes”, com doze achados; e “Avaliação de programas de Residências”, com onze achados. As demais temáticas oscilaram entre uma a sete ocorrências, conforme se observa na Figura 8.

6 DIMENSÕES TEMÁTICAS A PARTIR DAS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

A partir da análise temática realizada, foram identificadas sete categorias presentes nos estudos e que podem apresentar as diferentes dimensões do processo de organização, vivência e reflexos de um programa de RIS, RMS ou RAP. As dimensões temáticas estão entrelaçadas, de modo que em um mesmo artigo, pôde ser identificada mais de uma. Algumas categorias relacionadas aparecem nesta análise separadas para melhor sistematização.

6.1. Sentidos atribuídos às Residências em Saúde

Esta categoria temática foi identificada em 25 artigos. Nela, os principais conteúdos dizem respeito às percepções, representações sociais e ideias associadas aos programas de RIS/RMS/RAP. Aqui são apresentados os principais sentidos atribuídos a estas modalidades de pós-graduação.

Os programas de RM já são conhecidos por suas qualidades e, portanto, são “exemplos a serem seguidos”, e para se referir às RMS, Dallegrave e Kruse (2009) afirmam que são comuns as palavras: "construção inovadora", "criar novas práticas em saúde", "transformação das condições de vida", "modificar a estrutura social", "novo projeto para a saúde e sociedade" (p. 218). Podemos iniciar refletindo, então, sobre que discursos circulam sobre as RIS/RMS/RAP?

Segundo Corrêa *et al* (2014) e Martins *et al* (2016), as RIS/RMS/RAP são programas em crescimento no Brasil e estão se consolidando devido ao seu formato de aprendizagem, agregando ensino e serviço, formando profissionais qualificados com foco no trabalho interprofissional. Estes programas devem refletir a realidade social, política e cultural, fundamentados pelos princípios e diretrizes para o trabalho no SUS. As RIS/RMS/RAP trabalham com a imersão “no” e “pelo” trabalho (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Cheade e colaboradores (2013) afirmam que as RMS têm como atributo formar profissionais segundo as necessidades locais, com habilidades específicas, conforme a deficiência regional.

Por meio dos programas de Residência é possível, ainda, capacitar os profissionais de saúde para que melhor possam atuar em um mundo globalizado, que requer novas formas de trabalho e ações condizentes com as novas tecnologias e necessidades (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2012). Em pesquisa de Magnabosco e colaboradores (2015), todos os residentes

ingressaram no programa devido a necessidade de especialização exigida pelo mercado de trabalho.

As RIS/RMS/RAP “agregam diversos campos de saberes e têm por princípio o ensino, a pesquisa e a intervenção, envolvendo instituições públicas e privadas em todas as regiões do país” (SCHMALLER *et al*, 2012, p. 348). Estes programas apresentam como principal desafio a superação de limitações decorrentes da formação original dos profissionais, contribuindo para uma atuação contextualizada e comprometida com o SUS, reconhecendo, ainda, que as diferentes categorias profissionais da saúde tendem a reproduzir uma visão fragmentada do fenômeno saúde. A RIS/RMS/RAP opera a partir de um novo paradigma, promovendo uma visão sistêmica e uma ação baseada na colaboração interprofissional (VASCONCELOS *et al*, 2015).

Em pesquisa de Silva *et al* (2015), residentes relatam que a Residência traz a oportunidade de novos conhecimentos acerca de outras áreas e isso faz com que profissões diferentes se auxiliem e se complementem. A Residência em Saúde pode ser considerada como uma excelente oportunidade de aprendizado, de contato e troca de conhecimento e experiências com profissionais de outros núcleos (MORAIS; CASTRO; SOUZA, 2012).

Na pesquisa de Santos, Whitaker e Zanei (2007), egressos citaram a Residência como um programa que foi capaz de proporcionar autoconfiança, segurança e desenvolvimento da habilidades práticas; como um instrumento ativo para seu crescimento profissional e pessoal; que a Residência “abriu portas” no mercado de trabalho; que contribuiu muito para sua formação teórico-prática não alcançada ao término da graduação; e apenas um egresso respondeu que a Residência não contribuiu para sua vida profissional, nem atendeu suas expectativas.

Em pesquisa de um programa de RIS, realizada por Torres, Barreto e Carvalho (2015), um dos objetivos do programa era formar profissionais para tornarem-se lideranças científicas, políticas e técnicas. Desse modo, se percebe o desejo de preparar os profissionais para assumirem espaços de assistência nos serviços de saúde, gestão de programas e políticas, além de serem atores na construção do conhecimento.

Podemos pensar também que as RIS/RMS/RAP devem se constituir como programas de cooperação intersetorial, para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho, criando uma nova cultura de intervenção (ROSA; LOPES, 2009; GOULART *et al*, 2012). O que, algumas vezes, pode ocupar um lugar de disputa nos serviços, com os estagiários dos diferentes cursos de graduação que também ocupam o

mesmo espaço físico, insuficiente, ou mesmo com os funcionários que se sentem ameaçados, desconsiderados, incomodados e invadidos (ROSA; LOPES, 2016). As atividades exercidas pelos residentes podem, em alguns casos, inclusive, parecer semelhantes às desenvolvidas pelos graduandos em estágio curricular supervisionado (DRAGO *et al*, 2013). O que pode gerar uma dubiedade no papel de residente, expresso por Schmaller *et al* (2012, p. 351):

As características das Residências são formação em serviço, supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), supervisão acadêmica (tutoria), regime de dedicação exclusiva, cenários de formação e práticas em serviços da rede de atenção à saúde nos três níveis de complexidade. Nas Residências as atividades de formação têm por objetivo desenvolver habilidades e competências para profissionais atuarem em determinadas situações locais de saúde. Entendemos que os residentes são profissionais em desenvolvimento de aprendizagem; a responsabilidade por sua supervisão técnica e orientação teórica é da instituição de ensino. No entanto, ao mesmo tempo em que estão em formação, os residentes também são profissionais licenciados e respondem ética e legalmente pelo exercício da prática e pelas atividades desenvolvidas nos serviços.

Em pesquisa canadense, a maioria dos participantes de um programa de Residência de Farmácia indicou que os projetos de aprendizagem em serviço complementam os programas universitários; a participação no programa levou a uma maior conscientização sobre as necessidades das pesquisas; houve aumento do seu próprio conhecimento; as habilidades de comunicação foram aprimoradas com os gestores e acadêmicos. Muitos também relataram o desejo pessoal de atender às necessidades de pesquisa do sistema de saúde; crença pessoal em sua capacidade de fazer a diferença; e aumento da divulgação da pós-graduação (CONRAD; SKETRIS; LANGILLE-INGRAM, 2013).

Há no Brasil, ainda, um movimento dos atores sociais das Residências – o Movimento Nacional de Residentes – que vem produzindo discursos e práticas em defesa da Reforma Sanitária e da efetivação do SUS, bem como, vem apresentando reações ao modelo hegemônico vigente, em diversas direções, pontuando, mais fortemente a centralidade das dificuldades encontradas no processo de capacitação entre demandas da formação e demandas de ações assistenciais (ROSA; LOPES, 2009).

Por isso Lobato, Melchior e Baduy (2012) reforçam a potência das RIS/RMS/RAP como dispositivos de mudanças de práticas e potencializador da formação de agentes micropolíticos na construção do SUS. O cenário das Residências é de muitos: dos coordenadores de programas, das IES, dos preceptores, dos tutores, dos professores e dos residentes, e, também, de quem escreve e pesquisa sobre a temática (DALLEGRAVE; CECCIM, 2016). Estas modalidades de formação se configuram, então, como práticas contra

hegemônicas, que permitem vivenciar novas tecnologias do cuidado, buscando desassociar antigas práticas de saúde (SALVADOR *et al.*, 2011).

6.2. Organização didática das Residências em Saúde

Esta categoria temática apareceu em 90 artigos, apresentando três subcategorias. Na primeira subcategoria, os principais conteúdos dizem respeito aos modelos de implementação e organização dos programas. São apresentadas algumas possibilidades nacionais e internacionais de organização curricular de um programa de Residência em Saúde, além de formas possíveis de se implementar efetivamente tais programas.

Na segunda subcategoria, os principais conteúdos dizem respeito às concepções de ensino-aprendizagem que sustentam os programas de RIS/RMS/RAP, com seus principais conceitos, e aos métodos utilizados para acompanhamento e avaliação dos residentes e dos programas. São apresentadas definições importantes que devem organizar o processo de ensino-aprendizagem nas Residências em Saúde.

Na terceira subcategoria, os principais conteúdos dizem respeito às figuras de preceptor e tutor, que compõem o NDAE das RIS, RMS e RAP. São apresentadas as principais atividades, funções e discussões sobre a ocupação destes papéis.

6.2.1. Formatos de implementação e organização das Residências em Saúde

Com base em Moraes, Castro e Souza (2012), o ingresso dos profissionais nos programas de RIS/RMS/RAP, no Brasil, pode ocorrer por meio das seguintes etapas: I) prova objetiva eliminatória (contendo questões divididas entre conhecimentos específicos e comum aos núcleos), II) avaliação curricular do profissional e III) entrevista ou prova prática. Mas não há um padrão sobre esse processo seletivo, que pode variar de acordo com cada programa.

Na realidade americana, em pesquisa de Naples, Rothrock-Christian e Brown (2015), 33% dos programas de Residência de Farmácia de um ano (PGY 1) tinham 148 vagas de Residência disponíveis e registraram crescimento ao longo dos últimos anos, esperando expansão contínua. Em média, esse programas receberam 16 aplicações para seleção e entrevistaram cinco candidatos para cada vaga disponível. O formato de seleção lá é diferente

do Brasil, se baseando principalmente em entrevistas, vinculação com uma instituição de ensino reconhecida e nota global do curso de Farmácia. Peeters, Serres e Gundrum (2013) desenvolveram um formulário de avaliação mais confiável e discriminatório para avaliar os candidatos durante as entrevistas para seleção da Residência (Figura 9).

Figura 9: Formulário de avaliação

Revised University of Toledo PGY1 Residency Candidate Interview Evaluation Form

Reviewer _____ Candidate _____ Date _____

COMMENTS ARE REQUIRED FOR EACH CATEGORY AND OVERALL IMPRESSION

| | 1 | 2 | 3 | 4 | Comments: |
|---|------------|--------------|------------|---------------|-----------|
| Pharmacy Experience: Rate experience, knowledge and understanding of pharmacy. | Weakness | Acceptable | Strength | Exceptional | |
| Hospital Pharmacy Experience: Rate experience in hospital pharmacy practice, including unit dose, IV admixtures, pharmacy computer systems, and decentralized systems. | 1 Weakness | 2 Acceptable | 3 Strength | 4 Exceptional | Comments: |
| Clinical Experience: Rate experience in clinical activities based on clerkships, internship experiences and extracurricular activities. | 1 Weakness | 2 Acceptable | 3 Strength | 4 Exceptional | Comments: |
| Professional Goals: Rate the clarity of career goals, the compatibility between his/her goals and our residency program, reasons for interest in our program, and willingness to commit to an additional year of training. | 1 Weakness | 2 Acceptable | 3 Strength | 4 Exceptional | Comments: |
| Professional Maturity: Rate maturity, poise, confidence, appearance, personality and leadership potential. | 1 Weakness | 2 Acceptable | 3 Strength | 4 Exceptional | Comments: |

FORNE: PEETERS, SERRES E GUNDRUM (2013)

Em um programa de Residência de Enfermagem americano, enfermeiros interessados de instituições de todo o estado são recrutados. Os candidatos interessados são entrevistados e selecionados para receber uma bolsa de estudos de um ano, em que participam ativamente e cuidam de pacientes junto de colegas médicos. A Residência contempla uma experiência de pós-graduação em tempo integral, de 40 horas por semana. E todo candidato já deve ter um mestrado em ciências da Enfermagem. Durante o período do programa, o residente participa de momentos teóricos e imersões com os colegas médicos, sendo orientado por preceptores. E tendo contato, ainda, com outros profissionais, como internos de Medicina, residentes de Farmácia e bolsistas de pós-doutorado em Psicologia da saúde. Rodam por diferentes especialidades clínicas, trabalham em projetos acadêmicos independentes, participam de visitas domiciliares e outras atividades educacionais individuais (ZAPATKA *et al*, 2014).

E os quatro principais domínios educacionais do programa são: 1) tomada de decisão compartilhada, que alinha o atendimento clínico com os valores e preferências de pacientes e

famílias; 2) colaboração interprofissional; 3) melhoria do desempenho, que é um requisito geral de todos os programas de educação da profissão de saúde e contribui para cuidados de saúde seguros de alta qualidade; e 4) relacionamentos sustentados, que enfatizam os cuidados centrados no paciente, contínuos, abrangentes e coordenados (ZAPATKA *et al*, 2014).

Em outro formato americano, de Residências de Farmácia, muitos programas (78.5%) permitem que os residentes realizem rodízios em outros locais, se as experiências específicas não estiverem disponíveis no próprio serviço da Residência; 87.9% dos programas exige que os residentes tenham experiência em suporte básico de vida; 84.8% dos programas permitem que seus residentes cumpram funções de preceptoria junto a estudantes de Farmácia, e 72.7% oferece um estágio em docência. Além disso, a maioria dos programas tinha um componente eletivo obrigatório e exigia que os residentes apresentassem resultados de projetos de pesquisa de Residência (NAPLES; ROTHROCK-CHRISTIAN; BROWN, 2015).

No Brasil, o PP das RIS/RMS/RAP deve estar em consonância com a PNEPS (SILVA *et al*, 2016). Em estudo de Neto, Leonello e Oliveira (2015), sobre os PP de programas de RMS, é encontrada diversidade de termos relacionados aos prefixos *multi* e *inter* e aos adjetivos profissional e disciplinar, e nenhum apresentou a definição desses termos e concepções, o que impede a identificação da concepção adotada. Os resultados não demonstraram uniformidade entre os programas, revelando uma gama de possibilidades relacionadas à organização didática e pedagógica, e diversos sistemas de avaliação. A criação de comissões para se pensar na articulação dos programas pode ser uma boa alternativa para melhor organização dos mesmos (MARTINS *et al*, 2016).

Vasconcelos *et al* (2015) propõem um modelo de PP validado por especialistas, apresentamos um modelo adaptado no Quadro 6.

Quadro 6: Modelo de PP validado por especialistas

| | | |
|---|---|---|
| 1. Concepção educacional do programa | 1.1. Concepção de educação | Descreve as concepções de educação predominante no Programa de RIS/RMS/RAP e integrada aos princípios, crenças e valores da IES ou serviço e comunidade ao qual está vinculado. |
| | 1.2. Concepção de saúde | Descreve concepção de saúde condizente com os princípios do SUS, clínica ampliada, realidade local (condição de saúde da população). |
| | 1.3. Concepção de ensino-aprendizagem | Descreve a concepção de ensino-aprendizagem preconizada pela CNRMS e legislação pertinente. |
| | 1.4. Concepção de avaliação educacional | Descreve as concepções de avaliação adotadas pelas RIS/RMS/RAP. |
| | 1.5. Concepção de formação em RIS/RMS/RAP | Descreve a concepção de formação em RIS/RMS/RAP abordando seus aspectos técnico, humano, social, político e ético. |
| 2. Estratégias educacionais | 2.1. Metodologias educacionais | Identificam e avaliam a utilização e resultados das diversas estratégias metodológicas educacionais adotadas pelo corpo docente no programa de RIS/RMS/RAP. |
| | 2.2. Recursos pedagógicos | Identificam e avaliam a disponibilidade, a qualidade e aplicabilidade dos diversos recursos pedagógicos utilizados pelo corpo docente e residentes no programa. |
| | 2.3. Alcance dos objetivos | Avalia o alcance dos objetivos propostos pelo Programa de RIS/RMS/RAP. |
| 3. Corpo docente | 3.1. Tutoria | Explicita o conceito de tutoria e suas competências na formação em RIS/RMS/RAP, conforme orientação da CNRMS. |
| | 3.2. Preceptoría | Explicita o conceito de preceptoría e suas competências na formação em RIS/RMS/RAP, conforme orientação da CNRMS. |
| | 3.3. Educação permanente para o corpo docente | Explicita e realiza ações de educação permanente para o corpo docente da RIS/RMS/RAP. |
| | 3.4. Política de fixação docente | Explicita política de incentivos que ajudem na fixação do corpo docente. |
| | 3.5. Qualificação do corpo docente | Explicita e oportuniza incentivos à formação do corpo docente, como acesso a mestrado e doutorado, ou participação em eventos em área de interesse da RIS/RMS/RAP. |
| 4. Corpo discente | 4.1. Residente | Explicita o conceito de residente e suas atribuições na RIS/RMS/RAP, conforme orientação da CNRMS. |
| | 4.2. Perfil do egresso | Define o perfil do egresso do programa. |
| 5. Cenários de aprendizagem | 5.1. Atividades em serviço | Explicitam a carga horária e como se dá a formação do residente e sua articulação com as equipes de saúde. |
| | 5.2. Atividades no território | Explicitam a carga horária e as atividades destinadas ao território como espaço de aprendizagem. |

| | | |
|--|--|---|
| | 5.3. Atividades nas Redes de Atenção em Saúde (RAS) | Explicitam a carga horária destinada ao residente nas RAS, como cenário de aprendizagem. |
| | 5.4. Atividades teórico-conceituais | Explicitam a carga horária destinada aos momentos teóricos conceituais |
| 6. Estratégias de aprendizagem interprofissional e interdisciplinar | 6.1. Atividades teórico-conceituais | Descrevem como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais na RIS/RMS/RAP, articulando o campo comum para todas as profissões. |
| | 6.2. Atividades práticas | Descrevem as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades práticas na RIS/RMS/RAP, articulando o campo comum para todas as profissões. |
| | 6.3. Atividades teórico-práticas | Descrevem as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades teórico-práticas, articulando o campo comum para todas as profissões |
| 7. Estratégias de aprendizagem para os núcleos de saberes | 7.1. Atividades teórico-conceituais | Descrevem como estão organizadas as estratégias metodológicas para a realização das atividades teórico-conceituais na RIS/RMS/RAP, correspondentes ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional. |
| | 7.2. Atividades práticas | Descrevem as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades práticas na RIS/RMS/RAP, correspondentes ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional. |
| | 7.3. Atividades teórico-práticas | Descrevem as estratégias metodológicas de desenvolvimento das atividades teórico-práticas, correspondentes ao núcleo de saberes de cada profissão com vistas a preservar sua identidade profissional |
| 8. Integração ensino-serviço-comunidade | 8.1. Ações de integração ensino-serviço-comunidade | Avaliam a articulação de sua proposta pedagógica com o modelo de gestão municipal, a capacidade técnico-operacional instalada e as necessidades loco regionais e da comunidade. |
| | 8.2. Processo educativo com foco nas necessidades da população/território | Avalia a articulação de sua proposta pedagógica com as necessidades de saúde e epidemiológicas locais. |
| | 8.3. Articulação com os movimentos sociais, participação popular e controle social do território | Avalia a articulação do Programa de RIS/RMS/RAP com movimentos sociais, participação social, participação popular e controle social do território. |
| | 8.4. Articulação com outras modalidades de formação | Avalia a integração do programa com outras modalidades de formação que ocorrem nos serviços, como ensino técnico, graduação, PET-Saúde e outras residências. |
| 9. Sistema de avaliação | 9.1 Avaliação da aprendizagem discente | Explicita o sistema de avaliação para o residente, informando as estratégias de avaliação dos diversos componentes da formação na modalidade |

| | | |
|--|---|--|
| | | RIS/RMS/RAP, teórico-conceitual, prático e teórico-prático, por parte dos residentes, corpo docente e profissionais de saúde. |
| | 9.2. Avaliação do residente no âmbito do serviço de saúde | Avalia o desempenho do residente semestralmente de acordo com as habilidades voltadas ao serviço de saúde, garantindo o feedback àquele. |
| | 9.3. Avaliação da competência técnica-humanizada dos residentes | Explicita como avalia a capacidade do residente em lidar com a realidade do território, com sensibilidade, visão crítica e resolutividade. |
| | 9.4. Avaliação docente | Explicita estratégias de avaliação do corpo docente da RIS/RMS/RAP por parte dos residentes, docentes e coordenação. |
| | 9.5. Avaliação do cenário de prática/serviços | Explicita estratégias de avaliação dos residentes no cenário de prática/serviços por parte dos profissionais que compõem as equipes de saúde e usuários. |
| | 9.6. Autoavaliação do programa de RIS/RMS/RAP | Explicita proposta de autoavaliação do programa por parte dos residentes, tutores, preceptores, gestores, usuários e profissionais dos serviços. |

FONTE: ADAPTADO DE VASCONCELOS *ET AL* (2015)

É fundamental contar com a articulação de coordenadores, gestores, tutores, preceptores e docentes, que podem traçar uma proposta de ensino-aprendizagem no serviço, através de estratégias que possibilitem ao residente uma imersão nos locais de produção do cuidado e colocando aos trabalhadores o exercício contínuo de análise do sentido das práticas, propiciando o estabelecimento de ações questionadoras e de ressignificação (DIAS *et al*, 2016).

Os trabalhadores da rede de atenção à saúde, algumas vezes, não participam do processo de implantação das Residências e muitos residentes, quando chegam às unidades de saúde, encontram grande resistência da equipe, que, na maioria das vezes, conhece pouco sobre o programa e convive com uma realidade de sucateamento dos equipamentos e desvalorização do trabalho profissional (ROSA; LOPES, 2016).

Inclusive Corrêa e colaboradores (2014) se questionam se os profissionais são suficientemente esclarecidos sobre o papel que o residente tem nos serviços de saúde, pois observam que há um reducionismo ao fazer estritamente técnico, de modo que os residentes são recebidos para desafogar a elevada demanda de atividades, o que não é o objetivo principal dos programas de RIS/RMS/RAP. Em pesquisa de Drago e colaboradores (2013), parte dos profissionais técnicos entrevistados não observou mudança ou contribuição do

residente de Enfermagem nas práticas de cuidado, já que para eles não estava claro o objetivo da Residência.

Fernandes *et al* (2015) definem que há a necessidade de se investir numa integração ensino-serviço, com a participação efetiva dos trabalhadores nas discussões, o que pode ser oportunizado pela inserção destes como tutores e preceptores de núcleo e de campo, responsabilizando-os como coparticipantes na formação dos residentes. A falta de espaço para a discussão e diálogo é vista como fator limitador das RIS/RMS/RAP, e a garantia de espaços dialógicos permite exercitar a reflexão das ações e aprender a ler e reconhecer a própria experiência como válida, como produtora de significados (BRITES *et al*, 2014).

Fernandes *et al* (2015) descrevem, ainda, em seu estudo que enquanto tentavam implantar novas ações em seus cenários de atuação, os residentes passaram por algumas dificuldades, que se davam, principalmente, pela falta de apoio e motivação de alguns membros dos serviços de saúde. Tal fato pode acontecer devido à falta de diálogo, mas também devido ao aumento das responsabilidades dos trabalhadores com as atividades de ensino, pois se percebe que a Residência movimenta as práticas e as relações tradicionalmente instituídas.

Então ao ingressar na Residência, pode ser interessante que em um primeiro momento, o grupo de residentes passe por um período de observação, para que as intervenções possam ser baseadas nas necessidades da população atendida (ALVES *et al*, 2016). Visto, ainda, que o despreparo inicial para lidar com as variadas demandas pode exigir dos residentes maior esforço e disposição, em um momento de apoio e construção conjunta de referenciais utilizados em sua formação (MANHO; SOARES; NICOLAU, 2013).

No artigo de Cezar, Rodrigues e Arpini (2015) é descrita a necessidade de um “diagnóstico do território”, para poder planejar e desenvolver intervenções efetivas, conhecendo a comunidade, os recursos disponíveis, as demandas existentes, a realidade dos usuários, das famílias e das próprias equipes. Para fazer esse diagnóstico os residentes realizaram observações, conversas formais e informais com profissionais de saúde, gestores e usuários, visitas domiciliares e reconhecimento das áreas de abrangência das equipes. Outra atividade que faz parte desse processo é o mapeamento da rede de serviços disponíveis no município, onde os residentes conhecem os dispositivos de saúde e demais setores, como Assistência Social e Educação.

Em experiência de RMS relatada em Fortaleza-CE (PAIVA *et al*, 2009), é descrito um processo inicial de “territorialização”, que é um dos pressupostos básicos da dinâmica de

trabalho da ESF. Envolvendo compreensão da dinâmica de atendimento do centro de saúde; conhecimento dos atores sociais, tanto dos profissionais da saúde como dos membros atuantes na comunidade; mapeamento das microáreas; identificação dos espaços em potencial e dos equipamentos sociais; e entrevistas com os informantes chave das comunidades.

Essas ações culminaram na realização de uma “Oficina de Territorialização”, promovida pela equipe de RMS como estratégia de análise e reflexão acerca da situação de saúde da comunidade, com o intuito de retratar a realidade por meio do olhar dos atores sociais pertencentes ao território – compreendido como um ambiente com muitas contradições e riquezas, “onde se entrelaçaram culturas e diferentes histórias, pessoas que lutam por uma condição de vida mais digna e que sofrem com a marginalização em um contexto de poucas oportunidades e possibilidades” (PAIVA *et al*, 2009, p. 600).

Em um terceiro momento, foi realizada uma “Oficina de Planejamento”, que proporcionou o compartilhamento das questões levantadas nos períodos anteriores e um levantamento das intervenções necessárias para cada necessidade apontada. Além disso, foi possível elencar as necessidades prioritárias para a comunidade. A partir desses resultados, foram pactuadas ações que seriam realizadas, listando os atores responsáveis pela sua concretização, operacionalizando, assim, as primeiras articulações da Residência com as redes de suporte social presentes no território (PAIVA *et al*, 2009). A metodologia de diagnóstico de saúde da comunidade e territorialização foi muito difundida pela OPAS como prática de vigilância à saúde na década de 1980 e defendida como um caminho para adscrição de clientela e aumento do vínculo da equipe com a comunidade na Estratégia Saúde da Família (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

Segundo relato de Sales (2016), em experiência no Pernambuco, após a territorialização, foram obtidos dados e informações para caracterização da área, com situação geográfica, equipamentos urbanos, rede elétrica e riscos ambientais; caracterização social, econômica e cultural da população, com aspectos demográficos, composição familiar, vínculos empregatícios, grau de escolaridade das famílias, festas típicas, produções artísticas e culturais, aspectos políticos; e caracterização epidemiológica, com agravos de notificação preponderantes na área coberta. Tais informações foram a base para planejamento e intervenção da RMS, com as ações a serem desenvolvidas divididas em quatro eixos: promoção da saúde, atendimento individualizado, EPS e matriciamento, controle social. O planejamento das atividades ocorreu por meio de uma oficina realizada junto à equipe de

saúde, onde as informações resultantes da territorialização foram validadas e as ações para cada eixo de atuação foram identificadas.

Ao longo do processo de RIS/RMS/RAP, os residentes podem desenvolver atividades variadas, por núcleo profissional, ou em grupo, como discussões de casos clínicos, dinâmicas em grupo, atividades educativas, grupos de salas de espera, peças teatrais, sensibilização da equipe e usuários, sempre abarcando a comunidade e os demais profissionais de saúde (MENDES *et al*, 2011). Devem, ainda, participar de reuniões de equipes, pois é neste espaço que a prática do trabalho em equipe se materializa e se permite uma visão integral (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009, p. 1423).

Na pesquisa de Clemente e colaboradores (2008), as atividades realizadas pelos residentes foram organizadas de modo que 50% do período de trabalho fosse dedicado às atividades em equipe e os outros 50% às atividades específicas de cada núcleo profissional. Havendo a participação diária nas reuniões da equipe de saúde, quinzenais nas supervisões de casos, duas vezes por semana nas aulas teóricas (gerais e específicas), e, eventualmente, conforme a disponibilidade de cada residente e da realidade de cada área, nas reuniões do conselho gestor. Pode ser elaborada, ainda, uma planilha mensal de produção, para comparar o impacto do trabalho dos residentes nos serviços.

Em outra pesquisa, Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), apontam que os atendimentos do programa de RMS são realizados de forma conjunta por parte dos profissionais que integram as equipes nas diferentes etapas da assistência. Inicialmente o paciente é acolhido e avaliado pelos profissionais das diferentes áreas, quando são discutidas suas necessidades. Posteriormente, é traçado um plano de trabalho com o aporte de cada profissão e, ao final, são realizadas uma avaliação e uma proposta de acompanhamento do caso. Complementando, segundo Cheade *et al* (2013), semanalmente, em um processo coletivo, residentes, tutores e preceptores podem discutir, ainda casos clínicos, para reavaliação das condutas, e propostas de novas ações, traçando metas e objetivos a serem alcançados na assistência integral ao paciente.

Na pesquisa de Landim, Silva e Batista (2012), os residentes atuam em Unidades de Saúde da Família, além da inserção em outros espaços de aprendizagem, situados sempre na própria região, como forma de fortalecer a intersetorialidade, criar soluções coletivas para o encaminhamento de problemas, promover outros contextos de aprendizagem e potencializar os recursos locais. Exemplos de alguns espaços são clínicas hospitalares, instituições asilares e infantis, centros de reabilitação, centros de especialidades em saúde mental, em DSTs e AIDS, saúde do idoso, recuperação nutricional e Organizações não-Governamentais (ONGs) relacionadas à violência.

O importante é que os residentes possam atuar nos níveis de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, adesão terapêutica, redução de agravos, cuidados paliativos, reabilitação, desenvolvimento de pesquisas clínicas, epidemiológicas e sociais, buscando ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais que permitam acesso ao conhecimento requerido pelas especificidades do cuidado, com vistas à otimização da atenção à saúde (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

As instituições e os serviços de saúde vinculados à formação em RIS/RMS/RAP necessitam realizar trocas de experiências constantes, com o objetivo de qualificar a formação e o trabalho em saúde. Os residentes necessitam participar também de atividades científicas, acadêmicas, sociais e educacionais. Mas podem referir dificuldade de compreensão de alguns trabalhadores de saúde sobre os espaços de aprendizado; isso pode causar descontentamento, pois podem se sentir apenas como executores de atividades assistenciais, desfocando das outras propostas da Residência (FERNANDES *et al*, 2015).

Em relato de Cavalcanti-Valente e Alves-Frota (2014), são apresentadas disciplinas que podem compor um programa de RIS/RMS/RAP. No primeiro ano: Relações Interpessoais; Tópicos Especiais; Política, Planejamento e Programas; Metodologia da Assistência; Metodologia da Pesquisa; Epidemiologia e Didática. No segundo ano: Seminário de Produção Científica; Administração; Tópicos Avançados e Produção Científica. As disciplinas de Relações Interpessoais e Tópicos Especiais são as iniciais do curso, o que se considera de uma importância significativa para a inserção do profissional no campo prático. Estas disciplinas auxiliam na percepção sobre questões éticas e de postura diante da profissão e abordagem do residente ao paciente. A disciplina de Relações Interpessoais proporciona ao residente maior segurança na abordagem ao cliente e sua família, além de ser abordada a relação interpessoal no processo de trabalho.

Pantoja (2014) apresenta outra possibilidade de currículo de RIS/RMS/RAP, com eixos transversal e específico, a partir da experiência do programa de RMS do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), conforme Figura 10.

Figura 10: Distribuição dos eixos transversal e específico do programa de RMS do INCA

| Residência Multiprofissional em Saúde - Oncologia | |
|---|-----------------|
| Eixo Transversal | Eixo Específico |
| Práticas Integradas | Serviço Social |
| Seminários e Acompanhamento de TCC | Psicologia |
| Educação em Saúde | Odontologia |
| Gestão em Saúde | Nutrição |
| Fundamentos de Metodologia Científica | Fisioterapia |
| Bioética | Física Médica |
| Políticas de Saúde e Oncologia | Farmácia |
| Abordagem multiprofissional ao paciente | Enfermagem |
| Fundamentos de Oncologia | |

Fonte: www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_completo.pdf

FONTE: PANTOJA (2014)

Um ponto importante da RMS do INCA é a formação heterogênea dos docentes do curso (enfermeiros, engenheiros, farmacêuticos, físicos médicos, médicos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros núcleos), o que é importante para a abordagem dos temas transversais, pois permite aos discentes o estabelecimento de uma leitura crítica e reflexiva sobre a problemática do adoecimento e tratamento (PANTOJA, 2014).

Quanto às diferenças de atuação no hospital ou na comunidade, residentes evidenciam que o ambiente hospitalar envolve uma ação e intervenção imediata e este é provido de melhores recursos para a assistência apropriada ao paciente. Em contrapartida, percebem que o atendimento na AB ocorre de forma dinâmica e abrangente (SILVA *et al*, 2015).

A vivência hospitalar favorece a discussão sobre a necessária articulação dos níveis de atenção à saúde em busca da integralidade da assistência. O cotidiano hospitalar também proporciona aos residentes lidarem diariamente com situações que possibilitam o exercício de habilidades, como flexibilidade, confiança, paciência, adaptação e reconhecimento de suas limitações profissionais (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2010).

Por fim, uma estratégia interessante na organização de programas de RIS/RMS/RAP e citada por Lobato, Melchior e Baduy (2012), diz respeito a algumas horas semanais, que podem ser uma ou duas, para o encontro do próprio coletivo de residentes. Este coletivo deve ser coordenado pelos próprios residentes e pode realizar diversas atividades temáticas, com filmes, textos, atividades lúdicas, e também de cunho político, como discussões sobre pautas

da representação do programa, do Movimento Nacional de Residentes, ou sobre rumos da política nacional e local.

6.2.2. Concepções de ensino-aprendizagem e métodos de avaliação

Morais, Castro e Souza (2012) se questionaram no início de sua RMS: como pode ser possível que profissionais de diversas especialidades se formem com base em um eixo comum? De fato, em muitas instituições no Brasil ainda se privilegia um modelo de saúde disciplinar, com prioridade para a formação especializada, organizado sob a égide “flexneriana”, de forma fragmentada, mecanicista, cartesiana, compartimentalizada e com um modelo biologicamente centrado (ROSA; LOPES, 2009; SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011; SILVA; FRACOLLI; CHIESA, 2011; MELO; SCHMALLER *et al*, 2012; QUELUCI; GOUVEA, 2014; BEZERRA *et al*, 2016). Se considera, então, “como mudança social, especificamente na política de saúde, concretizar os paradigmas do ‘fazer saúde’ vinculados aos determinantes sociais, e que negam os informes flexnerianos” (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011, p. 17).

Este trabalho fragmentado, repetitivo e rotineiro está sendo substituído por novas formas de organização, em um trabalho polivalente, integrado em equipe, com mais flexibilidade e autonomia, um espaço de formação em processo de construção, unindo aprendizagens problematizadoras, trabalho e política (SCHMALLER *et al*, 2012; MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014). Na verdade, a relação teoria-prática não ocorre separadamente, não existe a prática sem a teoria, elas caminham juntas (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Consideramos que a educação profissional em saúde para a consolidação do SUS deve ser fundada no fortalecimento da relação ensino-serviço e baseada na expansão do conhecimento contra-hegemônico interdisciplinar em defesa do direito à saúde com qualidade e de acesso universal (SCHMALLER *et al*, 2012, p. 357).

Os profissionais de saúde que atuam em equipes devem preservar suas funções específicas e manter a comunicação com os demais, colocando-se como corresponsáveis. A formação para o trabalho em equipe não compromete a identidade profissional, na realidade reforça. No modelo proposto pelas RIS/RMS/RAP, o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015).

Segundo Silva e colaboradores (2016), o PP das RIS/RMS/RAP espera dos residentes a internalização de uma atitude crítico-reflexiva, pautada nos princípios do SUS, as quais visam a resolutividade das ações em saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema, direcionando o residente à construção de conhecimento, de modo a torná-lo capaz de não apenas questionar seu cotidiano de atuação, como também propor alternativas de intervenção.

O processo de trabalho envolve dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Os saberes organizacionais e técnicos são apenas alguns dos aspectos envolvidos na transformação das práticas de saúde. A formação dos profissionais deve envolver aspectos sociais e humanos, como valores, sentimentos, visão de mundo e as diferentes visões sobre o SUS. A reflexão crítica na educação contribui para que os profissionais, no seu espaço de trabalho, também possam pensar, sentir, querer, agir, serem criativos e autônomos (PAGANI; ANDRADE, 2012).

O currículo do curso de RMS da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), por exemplo, é fundamentado na metodologia de construção curricular baseada em competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), na concepção do profissional reflexivo e na articulação entre trabalho e formação. O currículo apresenta três áreas: Organização do Processo de Trabalho; Cuidado à Saúde: individual, coletivo e familiar; e Educação e Formação em Saúde, articulando os seguintes princípios: integralidade e interdisciplinaridade; conceito ampliado de saúde noção de rede de cuidados e EPS (OLIVEIRA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2013).

A aprendizagem significativa também é um princípio fundamental das RIS/RMS/RAP, referindo-se a uma pedagogia que propõe ao profissional de saúde, estudante e trabalhador, um papel mais ativo no processo de saúde, potencialmente mais significativo e relacionado com suas experiências prévias. Em um contexto significativo, acredita-se que o residente consiga exercitar o desenvolvimento do raciocínio, da crítica e da transformação, tornando-se sujeito integrante e participante de sua formação, potencializando a sua consolidação como ator político do processo de mudança (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2012; LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012; SILVA *et al*, 2014).

Na aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, o processo de ensino-aprendizagem deve partir da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado, para isso, é preciso problematizar as situações. Trata-se de um processo de educação no trabalho, tendo a finalidade de garantir a qualidade da atenção à saúde, adequada

às necessidades dos usuários dos serviços e da equipe, e não somente de suprir carências profissionais de qualificação e atualização (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A EIS se apresenta também como uma importante estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015). Aparecendo, então, como estratégia de ensino-aprendizagem das RIS/RMS/RAP, tendo como característica essencial o reconhecimento dos papéis profissionais. Na EIS, estudantes de duas ou mais profissões aprendem de forma interativa e engajada com os membros do grupo sobre suas profissões, há um compromisso entre os sujeitos envolvidos em buscar a resolução de problemas e a negociação nas tomadas de decisão em uma perspectiva colaborativa. Para que isso ocorra, deve haver o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área e competências colaborativas (NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

Por fim, a interdisciplinaridade pode se manifestar na realização das atividades, como ação concreta produtora de saberes e práticas, integrando conhecimento e ação, por exemplo, em interconsultas, ou clínicas em equipe. A interdisciplinaridade pode ser entendida como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar e como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano; exigindo a integração não somente de saberes, mas também de práticas, concretizando a íntima relação entre conhecimento e ação (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

A RIS/RMS/RAP, como um espaço intercessor para o desenvolvimento das ações de EPS, EIS, aprendizagem significativa e interdisciplinaridade, pode propiciar o encontro dos integrantes da Residência por meio dos seminários de núcleo e campo, preceptorias, aulas teóricas, atividades de campo, construindo relações e interações entre eles. O encontro entre profissionais, residentes e usuários, onde se desenvolve a produção do cuidado, configura-se como cenário para a produção pedagógica, permitindo a troca de saberes afetivos, cognitivos e subjetivos (SILVA *et al*, 2016).

Luz e colaboradores (2016) escrevem sobre a iniciativa da consulta compartilhada, proposta em um ambulatório, como uma estratégia de acompanhamento dos pacientes a fim de prestar uma atenção integrada e humanizada. Mas referem que essa é uma abordagem difícil de ser praticada, pois envolve variáveis que são dependentes da construção de um trabalho coletivo, envolvendo os saberes profissionais e as relações interpessoais.

Segundo Salvador *et al* (2011), se faz necessário a construção de metodologias que proporcionem a constante troca de saberes e consigam valorizar todos os conhecimentos relativos aos diferentes núcleos, viabilizando uma construção coletiva dos referenciais teóricos que subsidiarão a práxis nas RIS/RMS/RAP.

As diretrizes pedagógicas dos programas de RIS/RMS/RAP devem adotar estratégias metodológicas que transcendam a sala de aula, levando os residentes para a prática e possibilitando atividades interdisciplinares em diferentes áreas profissionais, colocando-os em contato com temas como Humanização, EPS, Trabalho em Equipe e Integralidade, dentre outros (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

É clara a importância dos eixos norteadores do processo ensino-aprendizagem dos programas de RIS/RMS/RAP, principalmente do cenário de educação em serviço, da concepção ampliada de saúde e da PNEPS. Todavia, o fato de a concepção de ensino-aprendizagem ter como cenário a educação em serviço, não garante, necessariamente, a construção de um conhecimento transformador (ROSA; LOPES, 2016).

Melo, Queluci e Gouvêa (2014a, 2014b) sugerem a utilização da metodologia da problematização nas Residências em Saúde, baseada no Arco de Maguerez (Figura 11), uma estratégia de ensino que vislumbra a formação de profissionais mais atuantes, meditativos e questionadores, capazes de trabalhar em equipe e de aprender juntos. A aplicação da problematização no ensino prático em saúde guarda o potencial de transformar o olhar curioso em um ato contextualizado, avançando no processo de formação do profissional.

Figura 11: Arco de Maguerez



FONTE: MELO, QUELUCI E GOUVÊA (2014A E 2014B)

Nesta metodologia, o processo de reflexão desencadeia uma procura dos fatores explicativos em termos de soluções para os problemas. Os conteúdos são reconstruídos pelo residentes, que precisam reorganizar os materiais e adaptá-los às suas estruturas cognitivas, a fim de descobrir relacionamentos, conceitos ou leis que terão de assimilar (MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014b).

Rodas de campo e núcleo também são facilitadores do processo de ensino-aprendizagem (FROSSARD; SILVA, 2016), ou seminários de campo e núcleo, em outros programas (SILVA *et al*, 2013, 2014). Já que um dos principais espaços pedagógicos são os momentos de discussão da prática em pequenos grupos junto às preceptorias e tutorias. Compreende-se que esses pequenos grupos são importantes para a expressão dos sujeitos, são espaços para sínteses coletivas e para o exercício de novas conformações da relação educador-educando. E os disparadores desse processo reflexivo devem ser questões e problemas da realidade, visto que isso contribui para a construção do conhecimento (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012; MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014a).

Segundo Frossard e Silva (2016, p. 287),

sistematizar as experiências vividas na prática cotidiana dos serviços é tão importante quanto planejar as atividades, configurando-se como um dos principais instrumentos para refletir sobre o trabalho desenvolvido, conformando uma prática realmente

científica e capaz de organizar processos de trabalho articulados à dimensão formativa.

Por isso, Mitre (2012) e Oliveira, Carvalho e Oliveira (2013) também sugerem a utilização de diários reflexivos nas RIS/RMS/RAP. Tendo como referência os diários de campo da Antropologia, como um instrumento de desabafo, notas, impressões, observações e primeiras teorizações; e o portfólio reflexivo da Educação, como uma narrativa de caráter biográfico. O diário reflexivo pode ser o principal suporte para reuniões de orientação e os residentes podem apresentá-lo mensalmente, relatando seu cotidiano nos cenários de aprendizagem.

O diário reflexivo é um relato espontâneo das observações, sentimentos, impressões, dificuldades, possibilidades e potencialidades que são observadas e registradas durante o processo desenvolvido no território. É uma escrita diária que se pretende reflexiva e não meramente descritiva sobre todas as atividades realizadas, não apenas as assistenciais. O residente pode dialogar “consigo mesmo, com o processo de trabalho e com sua aprendizagem” (OLIVEIRA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2013, p. 204).

Mitre (2012) sugere, ainda, a utilização de estudos de caso, procedimento geralmente utilizado com o objetivo de compreender a complexidade do quadro apresentado pelo paciente e planejar a intervenção. Assim sendo, deve integrar as diferentes técnicas e áreas do conhecimento, de forma a favorecer a singularidade de cada indivíduo e situação, implicando na realização de uma observação direta e cuidadosa, além da atenção aos diferentes significados encontrados nas ações de cada núcleo. O caso estudado pode partir sempre de uma escolha dos próprios residentes e todas as áreas podem participar, mesmo aquelas que não atendam diretamente o usuário.

Salvador e colaboradores (2011) escrevem que o uso de narrativas, cartografias, portfólios, oficinas pedagógicas, módulos teóricos e preceptorias de campo e núcleo possibilitam de fato um processo rico em trocas de saberes nas RIS/RMS/RAP.

Em uma experiência canadense, são apresentadas definições de “estilos de aprendizagem” e “perspectivas de ensino”, como uma característica de comportamentos cognitivo, afetivo e psicossocial, que serve para indicar relativamente como os aprendizes percebem, interagem e respondem ao ambiente de aprendizagem. Os estilos de aprendizagem podem mudar a partir das experiências, e perceber o estilo de um estudante pode auxiliar no processo de ensino-aprendizagem, ou na realização de treinamentos para modificar os estilos.

Existem quatro estilos de aprendizagem e cinco perspectivas de ensino, conforme se vê na Figura 12 (LOEWEN; JELESCU-BODOS, 2013).

Figura 12: Estilos de aprendizagem e perspectivas de ensino

PILS Brief Interpretation³¹

Accommodator (concrete-active learning; feel & do): hands-on learner, acts on gut feeling vs logical analysis, impatient with abstract and theoretical, dislikes excessive feedback and talking.

Converger (abstract-active learning; think & do): practical problem-solver and decision-maker, prefers technical vs social aspects, less concerned with details and others' feelings than with success.

Assimilator (abstract-passive learning; think & watch): organized, detail-oriented, enjoys creating theories/models, requires structure and rehearsal time, hard on themselves.

Diverger (concrete-passive learning; feel & watch): values harmony and relationships over success, analyzes problems from various angles, prefers observation vs action, enjoys brainstorming, acutely sensitive to environment and negative feedback.

TPI Brief Interpretation³²

Apprenticeship: values socializing students into new behavioral norms and ways of working.

Developmental: values teaching planned and conducted "from the learner's point of view."

Transmission: values commitment to content or subject matter.

Nurturing: believes long-term persistent effort to achieve comes from heart, not head.

Social Reform: seeks to change society in substantive ways

Abbreviations: PILS=Pharmacists' Inventory of Learning Styles, TPI=Teaching Perspectives Inventory

FONTE: LOEWEN E JELESCU-BODOS (2013)

Em pesquisa de Loewen e Jelescu-Bodos (2013), o estilo de aprendizagem dominante mais comum entre os residentes e os preceptores do corpo docente foi assimilador. A perspectiva de ensino dominante mais comum entre os membros do corpo docente era o aprendizado. O conhecimento inicial dos estilos de aprendizagem de residentes pode orientar o currículo da Residência, bem como a organização da preceptoria e da tutoria (LOEWEN *et al.*, 2014). De modo que os programas de Residência devem dirigir os residentes mais para a aprendizagem e o funcionamento ativo, e maximizar as interações com os pacientes e seus cuidadores (LOEWEN; JELESCU-BODOS, 2013).

Em outra experiência canadense (CONRAD; SKETRIS; LANGILLE-INGRAM, 2013), é descrito que o conhecimento é construído através de seminários de habilidades, e aplicado por meio de projetos de pesquisa individualizados, a integração é atingida através de estágios em organizações, a dimensão humana é alcançada ao trabalhar como parte de uma equipe integrada, o cuidado é percebido ao tomar conhecimento das necessidades dos gestores e usuários, e o "aprender como aprender" é alcançado através dos aspectos reflexivos da Residência. De modo que os resultados confirmam que a aprendizagem em serviço é um modelo pedagógico poderoso, inclusive para aquisição de novas competências em futuros profissionais.

Um programa americano de Residência de Farmácia utiliza a Taxonomia de Bloom (conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação) na organização de seus objetivos, conforme Figura 13 (SWANOSKI *et al*, 2012).

Figura 13: Taxonomia de Bloom na organização dos objetivos da Residência

| Objective Domain | Cognitive Domain from Bloom's Taxonomy | Research Module Learning Objective | Achievement of Objectives |
|----------------------------|---|---|--|
| Designing a Research Study | Knowledge and Comprehension | Discuss benefits, drawbacks and process of randomization in an experimental study. Discuss benefits, processes and drawbacks of observational studies including cohort studies, case-control studies, and cross-sectional surveys. | Assigned readings and lecture seminars were completed and applied. |
| Data Analysis | Comprehension and Application | Describe a dataset by creating and interpreting summary statistics and descriptive plots. | Four quantitative research studies employing multiple levels of analysis including descriptive, bivariate, and multivariate logistic regression were completed |
| | Comprehension and Application | Compute and interpret confidence intervals for both continuous and dichotomous data. | |
| | Comprehension, Application and Evaluation | Perform and interpret hypothesis tests for both continuous and dichotomous data. | |
| | Comprehension, Application and Evaluation | Perform and interpret a simple linear regression and ANOVA analysis for continuous data and Chi-square analysis for dichotomous data of more than two groups. | |
| Research Question | Synthesis and Evaluation | Perform and interpret logistic regression analysis. | Four research questions were posed and studies conducted over the course of the module. |
| | Analysis, Synthesis and Evaluation | Define a problem or research question and identify an appropriate study design to address the problem or question. | |

FONTE: SWANOSKI *ET AL* (2012)

Com relação aos métodos avaliativos, a existência de instrumentos confiáveis, para identificar os fatores que exercem influência nas práticas, é importante tanto para a tomada de decisão, quanto para a elaboração de intervenções efetivas na melhoria da formação dos profissionais. Os instrumentos devem ser adaptados às necessidades e realidades locais, se fazendo importante, ainda, a revisão periódica dos modelos, visando sua adequação para contemplar novos aspectos ou outros não previstos que aparecem com o aprimoramento dos processos pedagógicos e inovações que ocorrem (BEZERRA *et al*, 2016).

A inovação do processo de avaliação possibilita um momento de troca perante as relações de trabalho com os membros da equipe, se conhece gradativamente o trabalho do profissional na sua magnitude, desenvolvendo as competências e as dimensões assistencial e gerencial (LANA; BIRNER, 2015).

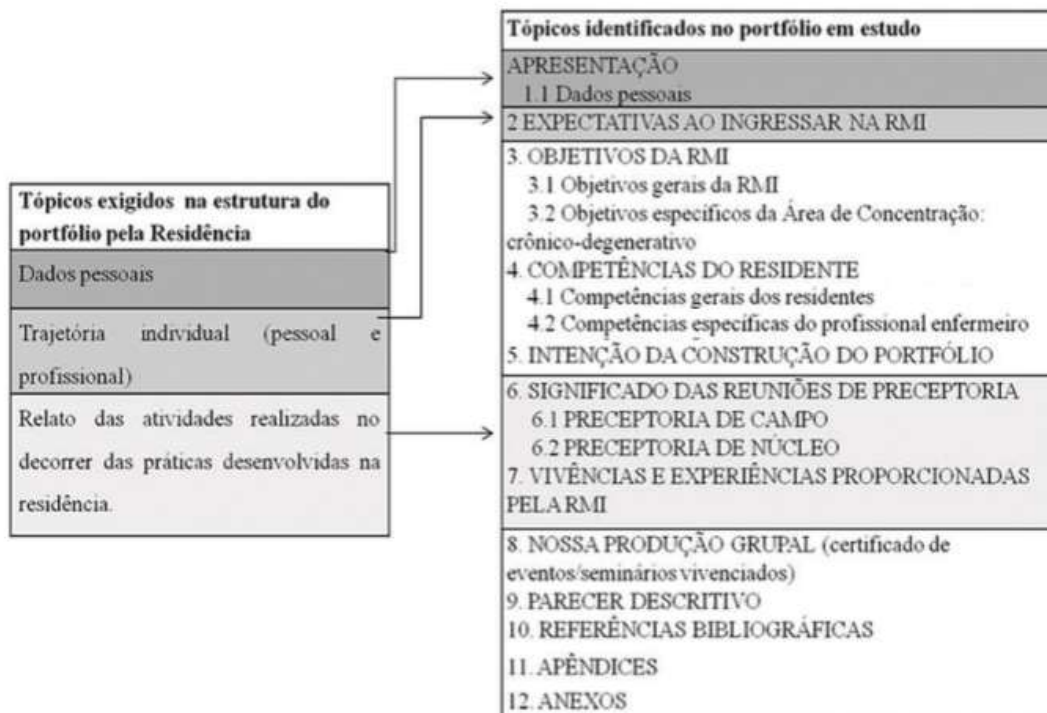
Vasconcelos e colaboradores (2015) escreverem que, além de indefinições no campo pedagógico e metodológico, pode haver um vazio no campo da avaliação, seja por falta de

parâmetros mínimos, seja pela incipiência de métodos e instrumentais. E isso pode ser um problema para o desenvolvimento da RIS/RMS/RAP.

O processo avaliativo do residente deve compreender sua formação na dimensão teórica, científica, na capacidade de reflexão, arguição e decisão, além dos aspectos práticos, técnicos, destreza e habilidades manuais. Considera o aprendizado adquirido pelo residente através da troca de experiências vividas no trabalho, na criação do novo saber e prática, obtidos pela reflexão no fazer e vivência do processo. Deste modo, ao se lidar com estratégias pedagógicas inovadoras e críticas, é imprescindível que a avaliação também seja inovadora, considerando não apenas pontos quantitativos, mas o desenvolvimento qualitativo e crescimento profissional do residente (MELO; QUELUCI; GOUVEA, 21014, p. 712)

Lana e Birner (2015) sugerem a utilização de portfólios avaliativos, onde a construção do portfólio tem por objetivo fornecer um registro a médio e longo prazo da evolução do rendimento e da evolução diante das atividades desempenhadas, permitindo uma avaliação mais concisa e fidedigna das competências adquiridas pelo residente durante um certo período (Figura 14).

Figura 14: Estrutura do portfólio avaliativo



FONTE: LANA E BIRNER (2015)

Segundo Lana e Birner (2015), o portfólio é um instrumento de aprendizagem que “possibilita um pensar crítico-reflexivo do residente, o que torna o processo de reflexão como

o componente principal para crescimento profissional, com vistas a mudar práticas tradicionais” (p. 111). Orientam que a estruturação do portfólio deve incluir princípios e diretrizes pedagógicos do programa, enfocando os aspectos gerenciais, assistenciais e de ensino.

Como método final avaliativo de programas de Residência de Farmácia nos EUA, Barletta (2008), orienta sobre a produção de projetos de pesquisa. O objetivo do projeto de pesquisa de Residência é fornecer ao residente as habilidades necessárias para conduzir e gerenciar um projeto importante ao longo de um ano. Além disso, permite que os residentes preparem e apresentem uma grande apresentação a nível regional e melhorem suas habilidades de comunicação. Essa tarefa é um dos aspectos mais desafiadores para se completar um programa de Residência.

Segundo Barletta (2008), a geração de ideias é o primeiro passo na condução de um projeto de pesquisa e muitas vezes uma barreira importante para novos profissionais. Ao desenvolver questões de pesquisa, os residentes devem considerar: 1) É possível pesquisar? 2) O tópico é interessante (para o investigador)? 3) A ideia é nova? 4) O estudo é ético? 5) Os resultados serão relevantes? Finalmente, todas as ideias de pesquisa devem ser consistentes com a visão da instituição e buscar produzir informações que sejam úteis para o departamento, escola e faculdade. São fornecidas, ainda, ferramentas e recursos úteis que podem ser usados no desenho ou em todas as fases do projeto de pesquisa (Figura 15).

Figura 15: Passos para condução de um projeto de pesquisa de Residência

- Research Project**
-
1. Idea generation
 2. Background literature search related to the idea
 3. Consideration of study design, objectives and feasibility
 4. Department/Residency Advisory Committee review
 5. Presentation of project list to residents
 6. Project selection
 7. Timeline development
 8. Protocol development
 9. Data collection tool development
 10. IRB submission and approval
 11. Data collection
 12. Data entry into computerized database
 13. Data analysis
 14. Presentation development
-

FONTE: ADAPTADO DE BARLETTA (2008)

Na experiência de Pantoja (2014), os residentes são estimulados a produzir trabalhos de pesquisa que proponham ou estabeleçam mudanças na assistência ao paciente, nos processos de trabalho e nas formas de avaliação de indicadores institucionais, ou visando à melhoria do serviço prestado.

Em uma experiência da Espanha, o principal objetivo da avaliação é otimizar a aprendizagem dos residentes, proporcionando motivação e orientação. O principal método de avaliação da Espanha segue um modelo de uma normativa do Ministério da Saúde de 1995, uma ficha de avaliação continuada, onde se qualifica o residente em uma escala de 0 a 3 em cinco dimensões de conhecimentos e habilidades, e em sete dimensões de atitude. Alguns locais ainda solicitam um memorial anual, chamado “livro do residente”, onde se registra o cumprimento de procedimentos, técnicas e méritos. Em Madrid, além desse processo, também acontecem entrevistas periódicas com os tutores e cartas de autorreflexão e incidentes críticos (BARBA; PRADO; BALLESTEROS, 2016).

Para este fim são realizados quatro ou mais encontros com os tutores por ano, sendo a principal dificuldade para esses encontros, a falta de um tempo comum. Todos mostram alta satisfação com esses encontros, servindo na melhora da relação e na qualidade da tutoria. Mas todos concordam que a avaliação de residentes é um processo complexo, sendo difícil criar um sistema de avaliação geral (BARBA; PRADO; BALLESTEROS, 2016).

6.2.3. Preceptoria e tutoria

As RIS/RMS/RAP, como modelos de aprendizado na prática, possibilitam a sensibilização e introjeção do trabalho interprofissional tanto para os residentes como para os demais envolvidos: tutores, professores, preceptores e gestores (DIAS *et al*, 2016). Dallegrave e Ceccim (2016) consideram que há uma dupla condição de aprendizado no trabalho por meios dos programas de Residência em Saúde: a do profissional residente e a do profissional preceptor.

É essencial o papel do preceptor no sentido de favorecer a articulação do ensino-serviço. O preceptor deve auxiliar na construção do conhecimento, assumindo responsabilidades em situações clínicas complexas, possibilitando uma reflexão sobre o vivido e favorecendo a construção ativa do conhecimento na ação do aprender (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2010).

Ribeiro e Prado (2013) escrevem que o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática ao conhecimento científico. Este ator precisa dominar a prática clínica, bem como os aspectos pedagógicos relacionados a ela, e nessa dinâmica, conta com o apoio do tutor, que atua como orientador acadêmico, responsável direto pela implementação do plano pedagógico.

Ambos, tutor e preceptor, possuem responsabilidade pedagógica. Todavia, é ao preceptor que compete o acompanhamento direto do residente, transformando o dia-a-dia do trabalho num cenário rico em experiências de aprendizagem. Isso requer, do preceptor, a capacidade de mediar o processo de aprender-ensinar no trabalho, problematizar a realidade e provocar, no residente, um processo de ação e reflexão para reconstrução da sua prática diária (RIBEIRO; PRADO, 2013, p. 162).

Neste sentido, não reconhecer o processo de ensino como inerente a prática, pode levar o preceptor a simplesmente delegar suas atividades ao residente e não estabelecer uma verdadeira relação pedagógica. É necessário que o preceptor compreenda que, enquanto prática educativa, sua atividade demanda planejamento, competência, criatividade e sensibilidade. O preceptor (profissional da prática) e o residente (profissional em formação) compartilham o ensinar e aprender, a partir da troca de experiências, reflexões sobre a prática e reconstrução do conhecimento em cenários reais da atenção à saúde. O preceptor precisa ser, então um protagonista, visto que compartilha a responsabilidade da formação do residente, e nesse contexto, a fundamentação científica e pedagógica são imprescindíveis para que possa aplicar seus saberes no espaço do trabalho, transformando o ambiente do cuidado em verdadeiro espaço de múltiplas aprendizagens (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Os preceptores precisam reconhecer que há um processo dialético de ensino e aprendizagem, realizado com uma perspectiva educativa e pedagógica que vai além da mera transmissão de conhecimentos, de tal forma a permitir que os residentes adquiram conhecimento aplicável em situações consideradas complexas e contraditórias, proporcionando-lhes a capacidade de superar obstáculos e construir soluções alternativas. Um preceptor deve ter, portanto, a capacidade de integrar os conceitos e valores da educação e do trabalho de forma a servir de modelo e fonte de referência (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014b).

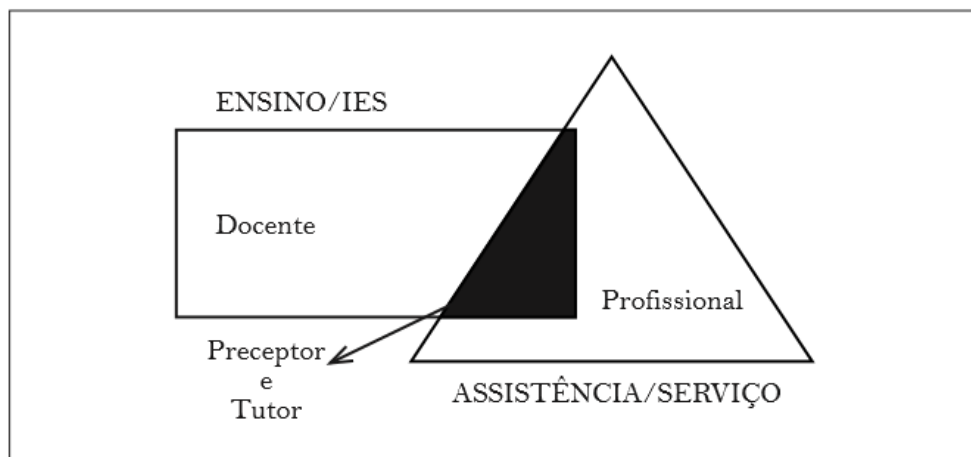
Segundo Landim, Batista e Silva (2010), o sucesso ou não da aprendizagem nas RIS/RMS/RAP pode se fundamentar na afetividade, confiança, empatia e no respeito entre residentes, preceptores e tutores. Afinal, o conhecimento também se faz no campo das relações interpessoais, em uma dinâmica constante entre ensinar e aprender (FERREIRA;

VARGA; SILVA, 2009), e o preceptor assume um papel mediador nesse processo (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2012; PEREIRA; TAVARES; ROSAS, 2016).

É fundamental que possamos ver o residente como alguém em processo de formação intensivo (e não apenas como simples mão de obra), o que gera desdobramentos como responsabilidade dos tutores e preceptores não apenas sobre montar grade de atividades e canais teóricos, mas também estar presente e próximo ao campo de ação dos residentes. Certamente dá muito trabalho montar uma programação de Residência, dar tutoria e preceptoria. Implica em disponibilidade – interna e de tempo; disposição para estudar, manter-se atualizado e ler – como vamos selecionar material para o outro se não conhecemos o conteúdo; questionar-se e ser questionado. Vamos reproduzir modelos por vezes cristalizados e que criticamos ou aproveitar para construir novas propostas, num desafio de parceria com outras áreas? Como abrir novos campos, construir novas parcerias, pensar novos olhares? (MITRE, 2012, p. 192).

Os preceptores são importantes disparadores da relação teoria e prática nos serviços de saúde e nos seminários, rodas e grupos de estudo (SILVA *et al*, 2013). Ribeiro e Prado (2013) assim apresentam o entrelaçamento entre preceptores e tutores no espaço de ensino-aprendizagem das Residências (Figura 16):

Figura 16: Inserção do preceptor e tutor na dinâmica do ensino em serviço



FONTE: RIBEIRO E PRADO (2013)

Em pesquisa de Dias *et al* (2016), existem limites e potencialidades relatados pelos tutores. Há limites de ordem pessoal, profissional e institucional. A pouca percepção dos preceptores sobre seu papel educativo, por exemplo, pode ser um fator dificultador das Residências em Saúde (MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014a). Sendo a prática colaborativa e a troca de saberes apontadas como principais facilidades do trabalho nas RIS/RMS/RAP (DIAS *et al*, 2016).

Um problema a ser enfrentado é que as necessidades de aprendizagem dos residentes por vezes não coincidem com a visão dos preceptores e tutores. É importante um reconhecimento desses atores sobre as necessidades atuais do residente (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014b). Segundo Pereira, Tavares e Rosas (2016), a falta de treinamento, a falta de motivação, a falta de condições de trabalho e a falta de ética de alguns residentes também podem ser fatores que causam impacto nos preceptores, com relação a questão do ensino-aprendizagem.

Estudo de Cavalcanti e Sant'ana (2014) revelou que há quase unanimidade entre os preceptores e coordenadores quanto à necessidade de formação e atualização técnica para o exercício da preceptoria, uma vez que não foram formados e treinados para praticar e refletir sobre essa atividade. Os autores propõem, então, que a fundamentação didático-pedagógica para o exercício da preceptoria inclua os temas oriundos das principais necessidades expostas pelos próprios preceptores, com destaque para a reflexão sobre seu papel, direitos, atribuições e responsabilidades do preceptor, técnicas de ensino teórico e prático, avaliação de aprendizagem e problematização dos conhecimentos na prática. É necessário incluir na formação dos preceptores a análise dos principais modelos e estratégias de ensino em saúde, noções de planejamento curricular, problematização do ensino, diferentes formas de avaliação, uso de tecnologias de informação e comunicação, dentre outros temas.

Nas Residências, há uma espécie de aceleração dos sujeitos; aceleração do residente no uso intensivo das horas de vida transformadas em horas de trabalho, a multiplicação das atividades de assistência ofertadas pelas unidades onde os residentes estão alocados, a aceleração do tempo de aprender. E também uma aceleração do preceptor, aceleração na produção, para apresentar o “produto-saúde” e o “produto-residente”. É aceleração na multiplicação do seu tempo de trabalho, que antes era o tempo da assistência e com a Residência, é o tempo da assistência, da supervisão e da gestão pedagógica (DALLEGRAVE; CECCIM, 2016).

Isso diz respeito à sobreposição das atividades de ensino e assistência. Ao reconhecer o exercício da preceptoria como atividade profissional, a instituição poderia destinar carga horária específica para essa função ou remunerar tal tipo de atuação. O pagamento de bolsa de preceptoria ou uma gratificação pecuniária é praticado por algumas instituições, demonstrando a viabilidade dessa abordagem (CAVALCANTI; SANT'ANA, 2014).

A falta de integração entre preceptores e tutores, a manutenção destes no programa, o aumento da carga horária de trabalho de ambos sem mudança na remuneração, a falta de

capacitação na área de ensino são claros dificultadores. Além disso, é importante lembrar que a maioria dos profissionais não teve a possibilidade de trabalhar a interprofissionalidade e a integralidade ao longo de sua formação acadêmica (CHEADE *et al*, 2013; MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014b; MARTINS *et al*, 2016).

É importante a presença de um ator que articule os momentos de educação em saúde, uma vez que os trabalhadores ainda encontram dificuldades de se organizarem assim (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011). Como forma de efetivar o aprendizado integrado, a importância do preceptor de campo, figura-chave no processo de integração entre as profissões, é fundamental (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015).

Pagani e Andrade (2012) propõem uma outra figura, a preceptoria de território,

Estes profissionais começaram a atuar diretamente nos serviços de saúde, embora sem muita clareza da sua função, sem um modelo ou um referencial a ser seguido; este teve que ser construído nas vivências práticas, refletindo os modos de fazer, com muitas discussões [...] Os preceptores de território definem como atribuições de sua função: ser um facilitador da construção do processo de trabalho da equipe de saúde como um todo e da estruturação da ESF no território, atuando de maneira intersetorial e interdisciplinar na equipe. Problematizar, refletir sobre as concepções teórico-vivenciais da promoção da saúde, da educação permanente, sobre as políticas públicas locais e ser um pedagogo, um articulador, um educador (PAGANI; ANDRADE, 2012, pp. 100-101).

Pensando em um conceito de território que vai além do aspecto geográfico, envolvendo também práticas sociais, políticas e técnicas, em que surgem permanentemente informações, transformações e modernizações, um território dinâmico, vivo e em constante movimento. Fruto da proposta educativa de uma RMS de Sobral-CE, este ator tinha a responsabilidade pelo processo de Educação Permanente dos profissionais nos territórios de Saúde da Família de Sobral. Apoiada conceitualmente nas noções de território, ESF e EPS, a concepção da preceptoria de território tomou forma através da ação de um grupo multiprofissional – Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Psicologia e Odontologia. No início, estes profissionais tinham tarefas múltiplas de apoiador, de supervisor e de educador (PAGANI; ANDRADE, 2012).

6.3. Reflexos da Residência na formação dos profissionais de saúde

Esta categoria temática foi identificada em 50 artigos, tendo uma subcategoria. Nela, os principais conteúdos dizem respeito aos reflexos que os programas de RIS/RMS/RAP têm

na formação profissional dos residentes. São apresentadas transformações acadêmicas e profissionais importantes que acontecem durante o período da vivência das Residências.

Na subcategoria, os principais conteúdos dizem respeito às atuações e possibilidades específicas dos núcleos profissionais nos programas de Residência em Saúde. Foram identificadas discussões sobre os núcleos da Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Segundo Fiorano e Guarnieri (2015), e Bezerra *et al* (2016), os profissionais de saúde não têm sido formados com os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores suficientes para o adequado desempenho no SUS, visto que há uma crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos. Os programas de RIS/RMS/RAP, por sua vez, apresentam uma perspectiva teórica e pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo exitosa aproximação entre o trabalho e a formação. Isso pode possibilitar mudanças do modelo técnico-assistencial, em razão do caráter interdisciplinar e da disponibilidade de espaços estratégicos para as transformações nos cenários de formação e das práticas de saúde, fortalecendo a relação ensino-serviço e contribuindo com práticas mais aproximadas às concepções de integralidade e de humanização da atenção. As RIS/RMS/RAP têm, então, repercussão direta na formação dos profissionais de saúde (GOULART *et al*, 2012).

Em pesquisa de Rosa e Lopes (2016), as razões que levaram os entrevistados a procurar um programa de Residência incluem o descontentamento com o que experimentaram no processo de formação profissional graduada, o distanciamento entre a formação na academia e a realidade na prática assistencial, a dicotomia do conhecimento que tem sido produzido nos cursos de graduação. O processo reflexivo apontado pelos residentes evidencia a transformação de suas práticas (SILVA *et al*, 2014).

As RIS/RMS/RAP podem ser consideradas como dispositivos capazes de provocar melhorias na formação dos profissionais, pois em pesquisa de Silva e colaboradores (2016), apesar das dificuldades que os profissionais apresentaram ao longo de sua formação acadêmica, salientaram que ao ingressar na Residência, tiveram a oportunidade de trabalhar engajados em um conceito de saúde ampliado e não apenas voltado para aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença.

A proposta das RIS/RMS/RAP auxiliam, então, na formação de profissionais de saúde mais abertos à prática colaborativa e ao reconhecimento da interdependência das áreas, sendo que tais características se sobressaem à competição e à fragmentação. Destaca-se, então, a

importância de uma EIS para todos os profissionais, já que a integralidade do cuidado é um dos princípios do SUS. E a implantação desse novo modelo pode até despertar receios e inseguranças quanto ao seu manejo, principalmente relativos ao rompimento com o paradigma do ensino tradicional. Entretanto, são fundamentais a necessidade e a importância da educação e do trabalho interprofissional serem instituídos (DIAS *et al*, 2016).

Em pesquisa de Torres, Barreto e Carvalho (2015), de todas as aprendizagens referidas pelos residentes, aquela que se sobressai como mais emergente é sobre o aprendizado entre as profissões e o trabalho em equipe. Segundo Luz *et al* (2016), as atividades no cenário das RIS/RMS/RAP, pela característica intrínseca da interdisciplinaridade, refletem em aspectos de extrema relevância para a formação profissional, conferindo um caráter inovador nas condutas assistenciais.

Os profissionais de saúde precisam ser formados de acordo com um novo paradigma, um processo pedagógico no qual ocorra uma crítica ao paradigma cartesiano e biomédico (BEZERRA *et al*, 2016). No processo de formação dos residentes, a população, o controle social, as equipes de saúde das unidades, as escolas do bairro, enfim, todos os envolvidos são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde e qualidade de vida. Essas experiências demonstram o quão produtivos os lugares podem se tornar quando devidamente estimulados, atentando também às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas (ALVES *et al*, 2016).

Considera-se que as RIS/RMS/RAP contribuem para que profissionais com distintas formações, dispostos a transitar entre diferentes áreas, articulem seu saber específico na organização do trabalho, possibilitando tanto compartilhar ações, como delegar atividades a outros profissionais da área da saúde, nos moldes de uma prática colaborativa. É a partir dessa formação que se espera que o residente seja um profissional capaz de promover mudanças nas práticas de saúde, fazer transformações e inovações a fim de consolidar esse sistema e proporcionar atenção e gestão qualificada e integral para a sociedade. A Residência pode ser considerada, então, como estratégia para a disseminação da EPS entre os profissionais de saúde, englobando usuários, docentes e estudantes, atuando na mudança de atitude dos profissionais na área de saúde e os sensibilizando para atuar de modo diferente do tradicional (SILVA *et al*, 2016).

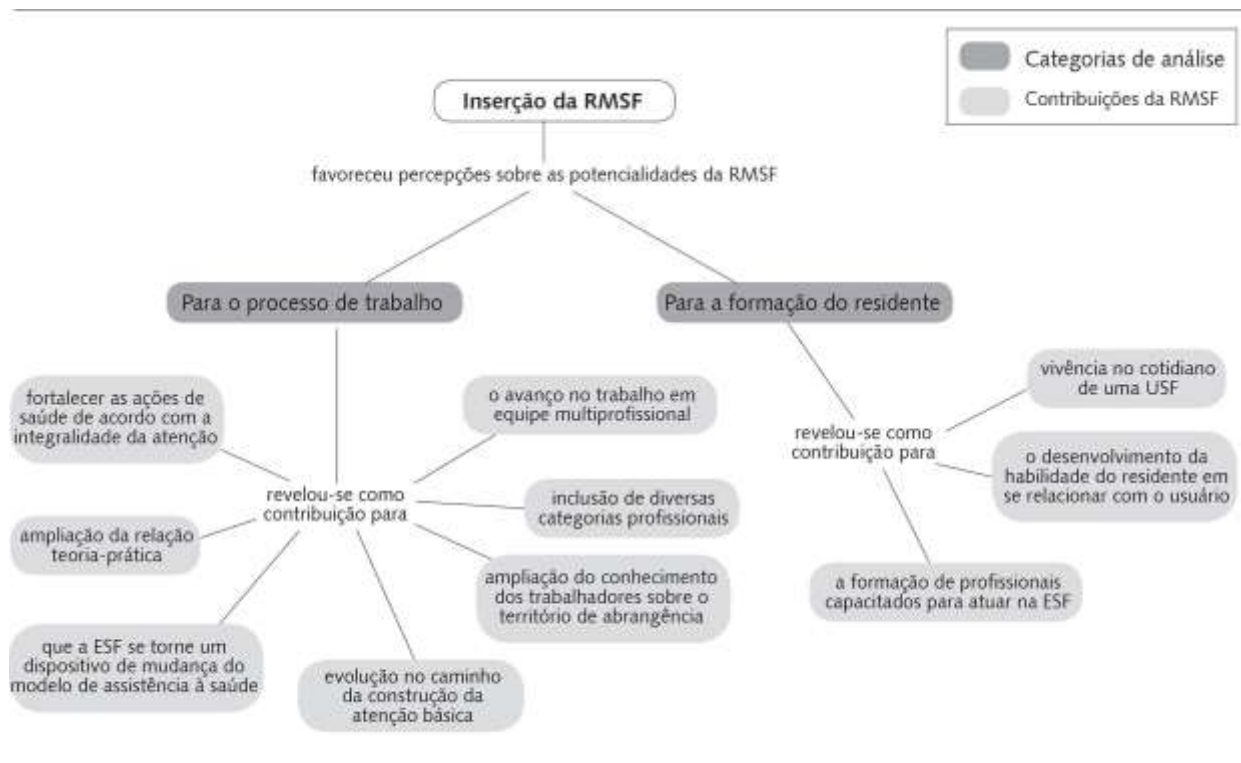
Segundo Silva *et al* (2013), a EPS integra todos os segmentos de formação, atenção, gestão e do controle social de forma que, a partir desta integração, se possa pensar na

produção de saúde. Os profissionais integrantes das RIS/RMS/RAP são, então, disparadores de ações de EPS em toda a rede de ensino e serviço incorporada ao SUS.

A vivência da formação em serviço possibilita a articulação de campo e núcleo de saber, qualificando o perfil dos profissionais para atuarem em equipe, de maneira corresponsável e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. O programa de Residência proporciona espaços de formação interprofissional que ampliam as possibilidades de garantir cuidado integral e resolutivo (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015, p. 220).

Domingos, Nunes e Carvalho apresentam um fluxograma sobre as potencialidades de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) no processo de trabalho e na formação dos profissionais (Figura 17):

Figura 17: Fluxograma ilustrativo das potencialidades da RMSF



FONTE: DOMINGOS, NUNES E CARVALHO (2015)

A complexidade da atenção à saúde exige o engajamento do profissional, a capacidade de escuta, o compromisso ético e a visão integral do sujeito do cuidado. Nas RIS/RMS/RAP, o trabalho aparece articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos e mudanças de atitude (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Segundo Wottrich e colaboradores (2007, pp. 123-124):

a fusão da formação com a assistência tem promovido um modelo de ensino que beneficia a atenção de qualidade ao paciente. Percebe-se que a atuação em equipe, a partir do incentivo ao questionamento das práticas específicas de cada área, preconizado pelo programa, colabora para que os aspectos subjetivos do sujeito sejam considerados. Dessa forma, as especificidades dos saberes multiplicam-se e dissolvem-se a partir dos diversos olhares profissionais acerca da atenção à saúde, formatando novas identidades profissionais. A possibilidade de treinamento em serviço propicia vivenciar a prática de maneira a tornar o profissional preparado para questionar e construir novos modelos de assistência, desenvolvendo a autonomia e a capacidade de pensar acerca das questões clínicas, institucionais e suas intersecções. Assim, redefinem-se constantemente os papéis e lugares na produção de cuidado, buscando qualidade e integralidade do serviço prestado.

Nas RIS/RMS/RAP, confirma-se que a especialização em saúde exige domínio de aspectos de campo e núcleo, que se interligam contínua e complexamente (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015). Santos, Batista e Devincenzi (2015) concluem que a Residência permite ao profissional desenvolver ações que extrapolem sua especificidade, resultando em um ganho de atuação, permitindo ampliar seu olhar e práticas por meio da vivência integrada.

6.3.1. Formações dos núcleos profissionais

Segundo pesquisa de Scherer, Pires e Jean (2013), alguns fatores contribuíram como limitadores para que os profissionais compartilhassem seus saberes no trabalho em equipe, tais como dificuldades de ordem pessoal, como timidez, imaturidade, medo de errar, disputas de poder; não valorização do seu próprio trabalho; limitações da formação na graduação; e fragilidade do núcleo profissional. De modo que a formação do núcleo também é de extrema importância nas RIS/RMS/RAP.

Na Educação Física, Xavier e Knuth (2016), se questionam sobre participação da Educação Física nos programas de RIS/RMS/RAP. Em sua pesquisa foram identificados 80 programas de Residência na região sul do Brasil, onde 21 programas contemplaram a área de Educação Física. Corrêa *et al* (2014) escrevem que residentes de Educação Física na AB, percebem a necessidade de um diálogo constante com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), buscando a criação de fluxos para que o usuário e residente se encontrem em um espaço de cuidado. Nos ambientes hospitalares, a rotina dos residentes de Educação Física proporciona a aquisição de experiências frente ao funcionamento de um hospital, acompanhando a linha de cuidado do paciente e os ambientes onde ele receberá os devidos tratamentos.

Na Enfermagem, segundo Oliveira *et al* (2013), os programas de Residência devem proporcionar ao enfermeiro oportunidade de ampliar a experiência e realizar atividades práticas associadas à pesquisa, à assistência, à extensão e ao ensino de Enfermagem. A Residência em Enfermagem possibilita uma formação crítica, aprofundada e qualifica o enfermeiro para intervir no cenário da saúde de forma a atender às necessidades da população (CARBOGIM *et al*, 2010).

Há também a necessidade de preparar os enfermeiros para o exercício do julgamento clínico (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2012). A Residência em Enfermagem pode ser vista, ainda, como um facilitador do processo de incorporação ao mercado de trabalho, proporcionando respaldo docente e profissional ao recém-formado (DRAGO *et al*, 2013; MAGNABOSCO *et al*, 2015).

Melo, Queluci e Gouvêa (2014a) construíram um protocolo de ensino prático para Residências de Enfermagem, que pode auxiliar na organização de alguns programas de RIS, RMS ou RAP (Quadro 7).

Quadro 7: Protocolo de ensino prático para Residências de Enfermagem

| | RESPONSÁVEIS E AÇÕES |
|-----------------------------------|---|
| I. Acolhimento e Ambiência | <p>Coordenação Geral de Ensino</p> <p>Planejar, implantar e coordenar os cursos e programas oferecidos pela instituição; promover e divulgar a produção de conhecimentos científicos; recepção e direcionamento para a roda de conversa.</p> |
| | <p>Coordenação da Área Multiprofissional</p> <p>Apresentar a legislação específica que rege o programa e documentação afim; planejar os conteúdos programáticos e as atividades do eixo transversal (comum a todas as categorias).</p> |
| | <p>Coordenação da Área de Enfermagem</p> <p>Apresentar a dinâmica da unidade, escala de serviço, atividades esperadas, atribuições e formulários de avaliação; visitar as unidades e chefes de departamentos; apresentar os residentes ao tutor.</p> |
| | <p>Tutor</p> <p>Recepcionar o residente com cordialidade, colocando-se à disposição para quaisquer esclarecimentos, sugestões e/ou queixas; apresentar o serviço: equipe, dinâmica do serviço, localização de materiais e insumos, impressos, formulários e sistemas pertinentes à assistência; apresentar o novo residente ao preceptor.</p> |
| | <p>Preceptor</p> <p>Reapresentar o ambiente de trabalho e equipe; esclarecer e repassar as atribuições teóricas e práticas do residente, além da dinâmica e operacionalidade da clínica em questão, rotina institucional e assistencial; acompanhar e facilitar o cotidiano do residente na prática.</p> |

| | |
|---|---|
| II - Cuidados de Enfermagem a partir de situações-problema | Coordenação da Área de Enfermagem Planejar os conteúdos programáticos e as atividades do eixo específico, assim como os objetivos de aprendizagem; fornecer suporte técnico-científico ao corpo docente e assistencial de preceptores; organizar e selecionar o grupo de orientadores para acompanhamento e contribuição na elaboração do trabalho de Conclusão de Curso. |
| | Tutor Organizar, promover e divulgar eventos científicos; implementar estratégias pedagógicas integradoras entre teoria e prática, articulando ensino-serviço; promover capacitação pedagógica e educação permanente aos preceptores; planejar e promover grupos de estudos e sessões clínicas multiprofissionais; avaliar continuamente o desenvolvimento acadêmico-assistencial dos residentes. |
| | Preceptor Instigar o levantamento de questionamentos pelo residente, despertando seu interesse; motivar a participação do residente na tomada de decisões, envolvendo-o em todo o processo assistencial, e não somente na realização de técnicas; acompanhar, supervisionar e orientar o cotidiano do residente na prática; trabalhar os conceitos, tratamentos disponíveis e cuidados, a partir de situações vivenciadas em sua prática e da vivência dos residentes, a fim de aproximá-los dessa realidade e experiência com os clientes; Fornecer aporte teórico e possíveis bases de pesquisa, para aprofundamento quanto ao histórico clínico do paciente e/ou caso, exame físico, diagnóstico e tratamento; promover/facilitar o entrosamento multidisciplinar, aproximando os residentes de Enfermagem dos demais profissionais, primando pela qualidade da assistência; articular integração teoria-prática, colaborar e ajudar na aplicação e/ou no suporte do tratamento proposto, com elaboração de um plano de cuidados; oportunizar e destacar procedimentos e técnicas específicas de cada clínica, além de orientar e supervisionar sua realização. |
| III - Processo de Avaliação | Coordenação Geral de Ensino Elaboração e definição dos critérios de avaliação. |
| | Coordenação da Área de Enfermagem Confecção de instrumentos de avaliação de acordo com os objetivos de aprendizagem. |
| | Tutor Realizar avaliação do preceptor, considerando os apontamentos dos residentes e do próprio preceptor avaliado; reunir todos ou pelo menos um dos preceptores que acompanharam o residente a ser avaliado, ouvindo suas opiniões quanto ao aprendizado e desempenho deste, reduzindo assim o viés provocado pela empatia ou antipatia entre preceptor/residente. |
| | Preceptor Avaliar processualmente o residente, com etapa inicial, parcial e final, durante a permanência do residente no serviço, com feedback imediato, escutando as dificuldades e facilidades enfrentadas por este, pontuando também suas expectativas |

| | |
|--|---|
| | <p>enquanto preceptor; expor e discutir com o residente os formulários de avaliação já desenvolvidos pelo programa, dando a ele a oportunidade de fala, apontando sugestões e críticas; apresentar ao residente sua avaliação, facultando a este o direito de questionar e/ou justificar qualquer ponto avaliado; apreciar o residente, de acordo com sua conduta profissional, e conforme os critérios de aprendizado estabelecidos pelo programa.</p> |
|--|---|

FONTE: ADAPTADO DE MELO, QUELUCI E GOUVÊA (2014A)

Os programas de residência de Enfermagem têm o potencial de criar capacidade dentro de uma organização e, em última instância, podem criar culturas de manutenção de enfermeiros e melhorar a qualidade dos cuidados. Além disso, os programas de Residência podem transformar de forma positiva ambientes de trabalho, relacionamentos interpessoais e práticas profissionais e mitigar o choque da realidade que pode paralisar novos enfermeiros (BRATT, 2013).

Na Farmácia, há uma percepção nos EUA de que, para que os profissionais de Farmácia continuem a avançar seus papéis, será necessário a formação de relações terapêuticas com pacientes, uma cooperação interprofissional mais próxima e atividades mais orientadas para a ação (LOEWEN; JELESCU-BODOS, 2013). As Residências oferecem aos farmacêuticos experiências clínicas adicionais sob a orientação de profissionais mais experientes para desenvolver suas habilidades de promotores de cuidados de saúde (SHANNON; BRADLEY-BAKER; TRUONG, 2012).

Shannon, Bradley-Baker e Truong (2012) escrevem, ainda, que Residências de Farmácia se tornaram uma opção de treinamento de pós-graduação amplamente reconhecida para graduados de Farmácia nos EUA. Devido à mudança no enfoque educacional da dispensação para o fornecimento de serviços cognitivos a outros profissionais de saúde e pacientes, os programas de Residência são altamente incentivados por algumas organizações de Farmácias profissionais, faculdades, escolas de Farmácia e empregadores. Inclusive, os PGY1 são consideradas ótimas oportunidades.

Na Fisioterapia, segundo Sales (2016), a inserção de profissional na AB através de uma RIS/RMS, com o olhar voltado ao cuidado da manutenção e garantia do movimento com qualidade, enxergando o usuário para além das patologias e queixas, é uma experiência valiosa para a equipe de saúde da família e, principalmente, para a comunidade.

Na Nutrição, a conclusão de Alves e colaboradores (2016) é que a experiência do nutricionista enquanto residente fez com que se repensasse a prática dos profissionais da área de saúde, abrangendo não apenas o atendimento individual, mas buscando formas de atender

o coletivo. A possibilidade da atuação integrada para o nutricionista é enriquecedora, o processo de compartilhar os saberes e a troca das especificidades amplia o olhar de cada profissional e resulta no objetivo comum e central do cuidado integral ao paciente. Há a necessidade de atuação específica como ponto primordial nas ações desenvolvidas pelo nutricionista, uma vez que sua especificidade traz um conhecimento técnico próprio de sua profissão, e a necessidade que os próprios profissionais possam ter suas atribuições conhecidas e serem reconhecidos pelos demais da equipe de saúde (SANTOS; BATISTA; DEVINCENZI, 2015).

Na Psicologia, o programa de Residência ajuda a construir, fortalecer e potencializar a identidade do núcleo profissional, construindo o *setting* e cultivando o cuidado no território do usuário, além de proporcionar um aprendizado acerca do trabalho em equipe, do compartilhamento de responsabilidades, da importância de conhecer o território antes de planejar intervenções e também da necessidade de articulação intersetorial (MENDES *et al*, 2011; LIMA; SANTOS, 2012; CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015). Morais, Castro e Souza (2012) referem também o acompanhamento psicológico do paciente desde o início da internação hospitalar até a alta, por meio tanto da busca ativa quanto da interconsulta.

Meira e Silva (2011) explicam que a RMS possibilitou um agir reflexivo através da realização de ações de núcleo e de campo, ligadas especificamente à Psicologia ou tendo um caráter interdisciplinar, junto com os colegas residentes e com as equipes. Foi destacada, ainda, a importância do serviço de escuta psicológica como um disparador dos processos coletivos e de inserção do saber e das práticas da Psicologia no trabalho em saúde.

No Serviço Social, a formação dos assistentes sociais nas Residências requer incluir a problematização sobre os modelos de atenção à saúde, incorporando no debate acadêmico da formação, análises conceituais e tendências sobre a reconfiguração da atenção à saúde. Versando sobre as expressões da questão social, compreensão dos determinantes sociais da saúde, domínio dos fundamentos ideopolíticos da promoção da saúde, da educação popular e dos mecanismos de controle social do SUS. Além da habilidade para utilizar os instrumentos técnico-operativos próprios do Serviço Social, tais como análise de conjuntura, abordagem ao usuário e comunidade e visita domiciliar (SCHMALLER *et al*, 2012).

Na Terapia Ocupacional as RIS/RMS/RAP podem ser ótimas possibilidades de consolidar a atuação da Terapia Ocupacional em contextos de saúde (MITRE, 2012). Foram observadas associações entre o cuidado individual e coletivo, e o núcleo de saber da Terapia Ocupacional, os residentes podem desenvolver atividades de educação para as equipes, bem

como a experimentação de recursos terapêuticos em momentos de reunião e de Educação Permanente, visitas domiciliares e grupos, com posteriores reflexões a respeito da profissão e de seus instrumentos (MANHO; SOARES; NICOLAU, 2013). Os terapeutas ocupacionais podem se utilizar dos recursos internos dos sujeitos, e externos do coletivo, da comunidade e das redes, para modificar as situações problema que encontram, buscando proporcionar condições de saúde (PAIVA *et al*, 2013).

6.4. Reflexos da Residência na rede de saúde

Esta categoria temática apareceu em 38 artigos. Nela, os principais conteúdos dizem respeito aos reflexos, impactos e transformações que os programas de RIS/RMS/RAP causam na rede de saúde regional e nacional.

As RIS/RMS/RAP não buscam somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação dos serviços de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la. Como parte das estratégias de formação permanente para o SUS, as RIS/RMS/RAP apresentam potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006, 2010; GOULART *et al*, 2012). Ter na formação da equipe a interação entre diversos profissionais é fundamental para abranger o paciente de maneira integral e repensar ações e procedimentos (AREDES *et al*, 2013).

Novas estratégias, como as RIS/RMS/RAP, que são dirigidas à transformação dos recursos humanos em saúde e comprometidas com os princípios de uma gestão humanizada e qualificada, requerem vontade política, conhecimento, habilidades e processos organizativos para desenvolver serviços de saúde que melhorem as relações entre seus trabalhadores e as demandas de saúde advindas de seus cidadãos (DIAS *et al*, 2016).

Há a necessidade de se lidar com a emergência na produção de mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, pois vários fatores concorrem para a sua mercantilização. Os serviços públicos constantemente são criticados pelos usuários, pela mídia, pela academia e por diversas instituições, focando a ineficiência dos resultados e a desqualificação dos profissionais (ROSA; LOPES, 2016, p. 639).

Residentes sinalizam o desenvolvimento da EPS na Residência, por meio de grupos de educação em saúde e educação em serviço voltados para a preocupação em responder às

necessidades dos usuários e de trabalhar objetivos com os profissionais do programa (SILVA *et al*, 2016). Os residentes multiprofissionais podem participar também de oficinas de geração de renda, reuniões técnicas, grupos de cidadania, efetivando uma melhoria na rede integral de saúde (JESUS; ARAÚJO, 2011).

Não se pode negar que as RIS/RMS/RAP devem ser consideradas como uma tendência para a construção de políticas de formação de recursos humanos na saúde. Em primeiro lugar, geram micro rupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, introduzindo uma modalidade que, até então, era de exclusividade da área médica. Depois, porque pretendem ser uma estratégia para a implantação do SUS (ROSA; LOPES, 2016). As RIS/RMS/RAP contribuem, então, para a especialização dos trabalhadores e para melhorar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde (FERNANDES *et al*, 2015). E segundo Mitre (2012), vem sendo cada vez mais valorizado o papel das instituições de saúde na formação profissional.

Na pesquisa de Domingos, Nunes e Carvalho (2015), a Residência foi potente para induzir ao avanço no trabalho em equipe, por inserir no serviço de saúde as categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente, por promover a ampliação da relação teoria-prática e do conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência, e, ainda, por fortalecer ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção.

Em pesquisa de Manho, Soares e Nicolau (2013), a integralidade e intersectorialidade na Residência foi desenvolvida com UBS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Médico de Especialidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Universitário, Conselhos Gestores de Saúde, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), escolas, diferentes departamentos da universidade e serviços de proteção à criança e ao adolescente vinculados à programas de medidas socioeducativas.

No decorrer da residência, os residentes eram modificados pelas situações vivenciadas e experienciadas no dia a dia da unidade, não somente em relação à técnica, mas na habilidade de se relacionar com o usuário. Enquanto o residente era capacitado por meio de sua inserção na realidade do serviço, o modo de agir do trabalhador também era modificado. A constante convivência com o residente propiciou a reflexão da prática cotidiana, estimulando os trabalhadores a se mobilizarem e, junto com os residentes, a mudarem as práticas (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015, p. 1229).

Os programas de RIS/RMS/RAP estão se tornando programas essenciais à formação do profissional de saúde comprometido com os princípios e as diretrizes do SUS, promovendo a aprendizagem de habilidades e competências para o exercício profissional, capacitando a

desenvolver ações assertivas no campo da assistência, da gestão, da pesquisa e da EPS (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

Em pesquisa de Júnior, Barreto e Vasconcelos (2014), sobre o posicionamento de coordenadores da AB de uma macrorregião do Ceará, a respeito de egressos da RMS, verificou-se que 81,4% dos coordenadores conhecem o programa e que 40,7% consideraram insuficiente apenas o diploma de graduação para contratação. Verificou-se, então, que tais profissionais almejam que os residentes sejam compromissados com o serviço, pondo em prática os conhecimentos adquiridos durante a Residência, compreendam a sua responsabilidade e exerçam, de fato, o seu papel na equipe, sendo capaz de definir o perfil da comunidade e interagir com a mesma – demonstrando uma expectativa e importância crescentes das Residências em Saúde.

Nos EUA, a recente expansão do papel do farmacêutico nos cuidados de saúde levou às Residência a se tornarem um requisito comum para a contratação em ambientes hospitalares e ambulatoriais. O interesse em completar uma Residência, particularmente uma Residência de Farmácia PGY1, aumentou bastante (MORTON; KOVAL; GAL, 2013). Há programas PGY1 e de dois anos (PGY2). Os programas de Residência de Farmácia PGY2 são projetados para aumentar a profundidade do conhecimento, habilidades e atitudes do residente e o nível de experiência do residente na área de ênfase (GRECO *et al*, 2013).

6.5. Seguimento de egressos das Residências

Esta categoria temática apareceu em 22 artigos. Nela, os principais conteúdos dizem respeito à continuidade na carreira dos profissionais residentes. São apresentadas importantes discussões sobre o pós-residência e a absorção desses profissionais pelo SUS, na realidade brasileira. Na realidade da Farmácia dos Estados Unidos, há importantes discussões sobre o seguimento de egressos de Residências em carreiras acadêmicas (como preceptores, professores e tutores).

Xavier e Knuth (2016) questionam qual o mercado tem absorvido os residentes após sua passagem de imersão no SUS? A pauta sobre a absorção de egressos de Residências é nacional e acontece desde os primeiros programas implementados no Brasil. O atual contexto, com variados programas e diversas vagas, reafirma a importância dessa questão e traz à tona a necessidade de uma política nacional e longitudinal que efetive a absorção desses profissionais capacitados para atuarem efetivamente no SUS. Um melhor aproveitamento

desses profissionais precisa ser repensado como estratégia política e de formação (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015).

Em comparação com profissionais que possuem apenas a graduação, ou especialização, os profissionais certificados por uma RIS/RMS/RAP possuem uma carga maior de saberes, uma vez que essas modalidades de formação profissional oferecem titulação em pós-graduação, utilizando como metodologia de ensino-aprendizagem principal a formação em serviço, *no e pelo* trabalho; e mediante o acompanhamento e supervisão, no trabalho educativo com os preceptores e tutores (JÚNIOR; BARRETO; VASCONCELOS, 2014). No que diz respeito às especializações *latu sensu*, a Residência, inclusive, “é um diferencial, principalmente por ir além das discussões teóricas, já que é no cotidiano que surgem as grandes dúvidas e questionamentos sobre a atuação profissional” (CARBOGIM *et al*, 2010, p. 248).

No estudo de Oliveira *et al* (2013), quanto às perspectivas futuras, 81,25% dos residentes acreditavam que suas chances estariam de acordo com seu esforço pessoal, visto que a Residência seria capaz de proporcionar o desenvolvimento de habilidades práticas, contribuir para maior segurança no desempenho, além de ser um instrumento ativo para o crescimento pessoal e profissional, abrindo portas para o mercado de trabalho.

Na investigação de Magnabosco e colaboradores (2015), a maioria dos enfermeiros que concluiu a Residência conseguiu uma boa colocação no mercado de trabalho após o término do programa, “isso se deve ao desenvolvimento de habilidades teóricas e práticas realizadas durante a pós-graduação” (p. 78).

Na pesquisa de Santos, Whitaker e Zanei (2007), do total de egressos de um programa de Residência de Enfermagem, 73,1% inseriram-se imediatamente no mercado de trabalho, 23,1% em seis meses e apenas um egresso não se encontrava atuando no mercado de trabalho. Para 96% dos enfermeiros contratados, o título obtido com a conclusão da Residência não foi considerado na remuneração inicial. Mas dentre as justificativas apresentadas, 66,6% responderam que na instituição onde iniciaram suas atividades profissionais não havia diferenciação salarial aos profissionais com título de especialista ou porque na instituição não havia plano de carreira. Apenas um enfermeiro respondeu que seu título de especialista foi considerado na remuneração inicial. O que ainda é uma questão que precisa ser pensada, diante do impacto que essa formação tem na atuação e competência do profissional.

Os coordenadores de AB da pesquisa de Júnior, Barreto e Vasconcelos (2014) se posicionaram como favoráveis à contratação de egressos do programa de RMS e

consideraram nível bom de satisfação em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes de tais profissionais. A valorização dos profissionais especializados nessa modalidade tem adquirido destaque no mercado de trabalho, pois o residente tem sido visto como um grupo reconhecido socialmente como prestador de assistência à saúde em diferentes campos de atuação (SIMONETTI *et al*, 2007).

Por um lado, as RIS/RMS/RAP apresentam grandes potencialidades para romper paradigmas e construir um novo modelo de cuidado. Por outro, o maior desafio a ser superado está relacionado à necessidade de construir políticas públicas de formação e de financiamento que regulamentem e fortaleçam não só os programas, mas a inserção e a atuação dos profissionais egressos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Rosa e Lopes (2009) se questionam se na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas públicas sobre modelo educacional, como as propostas pelas RIS/RMS/RAP, vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da EPS, ou se é mais uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado e sem vínculo trabalhista para os profissionais da saúde.

A estrutura educacional de manutenção das Residências precisa ser avaliada, o formato de não contratação de profissionais efetivos e sim de bolsistas que devem atuar profissionalmente por um período, corrobora para a sustentação de uma sociedade subordinada à lógica neoliberal do Estado capitalista, organizado com uma precarização do trabalho, e sendo responsável pelo efeito avassalador das limitações de perspectivas mais solidárias na construção de políticas democráticas (ROSA; LOPES, 2016).

Nas experiências americanas sobre Residências de Farmácia, com o aumento de novas faculdades e escolas de Farmácia em todo o país, o número de postos de Farmácia acadêmica continua a crescer. Considerando a abundância de cargos acadêmicos disponíveis em todo o país e a maior probabilidade de os residentes de Farmácia passarem da Residência diretamente para a academia, os residentes da Farmácia devem estar preparados para ter sucesso no papel de membro do corpo docente (CLARK *et al*, 2008; NAPPI, 2013; WANAT; GAREY, 2013). Diante disto, a *American Society of Health-Systems Pharmacy* (ASHP) incorporou metas e objetivos na Residência, padrões de treinamento que abordam a provisão de educação e treinamento por residentes (NAPPI, 2013).

Em pesquisa desenvolvida por Shin e colaboradores (2015), 43% das respostas finais dos residentes considerava a academia como possibilidade. 61% dos residentes participantes da pesquisa terminou estágios de docência, 71% buscou funções clínicas, desses, 40% tinham

preferência por atendimentos ambulatoriais, 40% por hospitais e 5% por Farmácia comunitária. 28% buscou uma função acadêmica (como professor, tutor ou preceptor), mas apenas 7% conseguiu alguma função. Estudantes de programas de dois anos (PGY2) têm maior interesse pela academia (45%) do que estudantes de programas de um ano (22%).

McNatty, Cox e Seifert (2007) avaliam que os egressos de Residência que passaram a assumir funções docentes tiveram maior probabilidade de ter dado palestras, participar de aprendizagem baseada em problemas ou seminários de pequenos grupos, e serviram como preceptor de estudantes durante a Residência. Segundo Clark *et al* (2008), experiências de ensino positivo e orientação foram indicadas como fatores influentes nas decisões dos residentes de buscar posições acadêmicas.

De acordo com Shin *et al* (2015), uma série de fatores podem influenciar para que os estudantes de Farmácia se interessem pela academia ou pela clínica. Mas os programas de Residência continuam a ser portas de entrada para a carreira acadêmica. Todos os programas de Residência têm um forte aspecto educacional em sua composição, embora nem todos foquem nisso como objetivo maior. Em 2010, 27% dos programas filiados a ASHP tinha estágios formais de docência.

Alguns programas de Residências de Farmácia dos EUA têm desenvolvido programas de certificação de ensino, durante o período da Residência, para melhor preparar os farmacêuticos para assumirem funções de docência ao término do programa de Residência. Programas de certificação de ensino buscam introduzir os residentes em elementos fundamentais do ensino, promover oportunidades de desenvolver suas habilidades de ensino-aprendizagem e prepará-los adequadamente para futuras carreiras acadêmicas (DUNN *et al*, 2010; WAHL *et al*, 2014).

Componentes do programa de certificação de ensino envolvem seminários didáticos, experiência docente e um portfólio de ensino. Os participantes do programa podem ser obrigados a participar de recorrentes seminários didáticos de duas horas, que abordam temas distintos na educação de Farmácia. A conclusão de um programa de certificação pode ajudar alguns farmacêuticos a obter uma posição profissional e a se destacar nela (GETTIG; SHEEHAN, 2008).

Para se capacitar para a docência, os residentes também precisam cumprir atividades extras, como ter um tutor acadêmico, participar de seminários e palestras, facilitar pequenos grupos de estágio. Os seminários e palestras podem incluir os seguintes tópicos: Introdução ao programa de preparação acadêmica e às carreiras acadêmicas; Profissionalismo e trabalho

com alunos com deficiência; Preparando e dando uma aula; Facilitação de pequenos grupos e como dar feedbacks; Oportunidades para ensinar e avaliar; Técnicas de avaliação em sala de aula; Aprendizagem ativa; Planejando um curso; Construindo exames; Questões sobre planejar um workshop; Planejando uma preceptoria; Processo de pesquisa e publicação; Entrevista para uma função acadêmica; Educação em Farmácia. Todos avaliados como “muito úteis” ou “úteis” pelos participantes da pesquisa de Nappi (2013).

Outros programas oferecem instrução formal em vários componentes do ensino, incluindo a preparação de palestras e apresentações em sala de aula, facilitação de pequenos grupos, preceptoria de estudantes, produção de questões de exame e desenvolvimento de uma filosofia de ensino. Os residentes também são obrigados a completar variadas experiências de ensino, tais como apresentações formais ou palestras e facilitação de discussões grupais, ao longo do período de Residência, utilizando as habilidades adquiridas no programa de certificação de ensino (GONZALVO *et al*, 2013).

Em pesquisa sobre o perfil dos residentes de programas PGY2 com ênfase na academia (GRECO *et al*, 2013), metade tem uma ênfase primária em cuidados ambulatoriais. A maioria dos residentes (90%) aceitou uma entrevista para cargos acadêmicos após a conclusão desses programas. E programas com ênfase na academia habilitam seus residentes com numerosas atividades de ensino e pesquisa (como preceptorar outros estudantes, apoiar e realizar pesquisas, escrever e publicar artigos).

No estudo de Gonzalvo e colaboradores (2013), mais de 86% dos residentes perceberam o programa como muito importante, mas apenas 58% dos diretores das Residências. Isso pode se dar pois os diretores estão mais focados na aquisição de habilidades clínicas do que de ensino. Estas respostas podem servir para se pensar em mudanças nas turmas seguintes.

Na pesquisa de Wahl *et al* (2014), a maioria dos egressos de Residências de Farmácia que participaram dos programas de certificação de ensino estavam atuando como preceptores de estudantes ou de residentes, e uma pequena parte, como preceptor de outras profissões. Mais de 70% dos entrevistados concordaram que o programa de certificação reforçou seu desejo de ensinar na prática e que o programa ainda ajudou a qualificá-los para a posição que estavam atuando.

Um dos principais objetivos dos programas é de fato estimular um interesse sério em uma carreira acadêmica, contudo o sucesso tem sido limitado. Existem vários motivos que explicam porque os estudantes preferem a carreira de farmacêuticos à academia. Muitos

residentes se sentem mal preparados, mesmo no final de um programa de dois anos, para os rigores de uma carreira acadêmica. Alguns residentes preferem aprimorar suas habilidades clínicas por alguns anos antes de considerar uma carreira acadêmica. Outros não se sentem a vontade para se mudar para as cidades onde as faculdades estão localizadas. Outros preferem dar maior ênfase ao cuidado direto ao paciente durante a Residência. E finalmente os salários da academia são menores do que os que as empresas privadas oferecem (NAPPI, 2013).

6.6. Reflexos da Residência na saúde dos residentes

Esta categoria temática apareceu em 16 artigos. Nela, os principais conteúdos dizem respeito aos reflexos que um programa de RIS/RMS/RAP pode ter na saúde geral e bem-estar dos profissionais residentes. São apresentadas discussões sobre estresse, realização no trabalho, *burnout*, sofrimento psíquico e assédio moral.

Segundo Lin, Viscardi e Mchugh (2014), a transição do estudante para o profissional graduado é marcada pela oportunidade de crescimento profissional, mas também pelo risco de insatisfação no trabalho e *Burnout*. Em investigação de Carvalho *et al* (2013), as queixas mais relatadas por um conjunto de residentes foram: “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (73%), “dormir mal” (69,1%) e “cansar-se com facilidade” (61,2%).

O cenário das Residências é composto por elementos de sofrimento, frustrações, ansiedades e dificuldades de agir nas situações de trabalho, os sujeitos também podem se angustiar diante das poucas possibilidades de intervir no processo saúde-doença (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Guido e colaboradores (2012a) verificaram que 27% dos residentes multiprofissionais de sua pesquisa tinham indicativo para Síndrome de *Burnout*, visto que a Residência é uma experiência profissional desgastante. A Síndrome de *Burnout* pode ser entendida como um processo que se dá em resposta à cronificação do estresse e possui consequências negativas, a nível individual, profissional, familiar e social (GUIDO *et al*, 2012b).

Entre os fatores que contribuem para o estresse ocupacional na Residência, podem se destacar: sobrecarga, fatores inerentes ao posto de trabalho, características ergonômicas insatisfatórias, desenvolvimento de carreira profissional, falta de perspectivas e relações conflitantes no trabalho (OLIVEIRA *et al*, 2013).

Segundo Dallegrave e Ceccim (2016, p. 383),

a Residência é a possibilidade de experimentar determinados estados. É um aprendizado sentido no corpo. Saber do corpo. Saber para cuidar do corpo. Do próprio corpo e do corpo do outro. É intenso, é limítrofe. Em alguma medida pode ser violento.

Em pesquisa de Fernandes e colaboradores (2015), são referidas sensações de cansaço e de desgaste pelos residentes, ao mesmo tempo em que vivenciavam boas sensações quando conseguiam realizar ações em equipe e na busca pela integralidade. Os residentes também se sentem valorizados e reconhecidos quando os usuários admitiram ter satisfação com a assistência prestada, e reconhecem seu papel (SILVA *et al*, 2015).

Apesar de sofrerem com a provisoriedade, a incerteza e a insegurança, os residentes desenvolveram diversas formas de resistência e criatividade no cotidiano das equipes, o que possibilita que aprendam no e com o coletivo (ROSSONI, 2015). Contudo, situações de sofrimento parecem se sobressair em relação às possibilidades de prazer na formação profissional dos residentes (FERNANDES *et al*, 2015).

Diante do contexto em que se observa a filosofia do processo de formação em saúde com ações inovadoras na RIS/RMS/RAP, alguns aspectos podem ser avaliados como estressores, principalmente por não se incluírem no modelo de ensino tradicional e serem “novidade” para alguns. Dentre aqueles aspectos, destacam-se: o trabalho em equipe, as metodologias ativas e participativas, as relações interpessoais estabelecidas com colegas de outras profissões, a responsabilidade de empregar um cuidado integral e humanizado. Os estressores da formação, somados aos da profissão, expõem os residentes ao extremo. Na falta de estratégias adequadas para minimizar ou eliminar os estressores, esses profissionais estão expostos a um sofrimento psíquico (GUIDO *et al*, 2012a, 2012b).

Outros fatores que podem estar vinculados ao desgaste físico e mental dos residentes é a carga horária extensiva de trabalho, que é comum em muitas Residências, associada ao turno de trabalho integral com ritmo acelerado e jornadas longas, além de poucas pausas para o descanso e refeições, isso pode afetar a saúde dos residentes (SANCHES *et al*, 2016).

Em pesquisa com escalas, realiza por Sanches e colaboradores (2016), a subescala “exaustão emocional” passou de um nível de *Burnout* baixo para moderado, chegando próximo ao limite alto de estresse no final do segundo ano da Residência. Há um aumento significativo no índice de “exaustão emocional” e piora no índice de “realização pessoal”, o que é identificado em todas as áreas profissionais. Em pesquisa de Guido *et al* (2012b), 51,35% dos residentes encontravam-se em baixo estresse e 48,65% em alto estresse, 37,84%

apresentaram altas médias de “exaustão emocional”, 43,24% altas médias de “despersonalização” e 48,65% baixas médias em “realização profissional”.

Na pesquisa de Lin, Viscardi e Mchugh (2014), foram identificados e sintetizados 21 fatores que contribuem para a satisfação no trabalho e realização profissional de novos enfermeiros graduados que participaram de programas de Residência de Enfermagem, sendo sintetizados em sete grandes categorias: 1) recompensas externas: férias, salário, benefícios; 2) tempo do programa: havendo declínio na satisfação na primeira metade, e reinteresse na segunda metade; 3) interações e apoio: interações profissionais na Residência, incluindo o apoio de colegas residentes, tutores, preceptores; trabalho em equipe; respeito, comunicação e interações com os membros da equipe que não são residentes, inclusive com médicos e com pacientes e famílias; 4) elogio e reconhecimento: elogios e reconhecimento da equipe, incluindo dos supervisores, superiores e colegas; 5) oportunidades profissionais: oportunidades para o avanço, por meio de interações com professores, participação em pesquisas; 6) ambiente de trabalho: indicadores, cuidados fúteis, carga de trabalho, voz nas políticas de planejamento, planos de pessoal; 7) sistema hospitalar: instalações e equipamentos desatualizados, desconhecimento da unidade e departamentos, registros médicos eletrônicos.

É importante promover atividades educativas e de orientação sobre estresse, estratégias de enfrentamento e *Burnout* para possibilitar aos residentes o conhecimento sobre essas questões. Isso permite a identificação dos estressores e o estabelecimento de estratégias mais adequadas para enfrentá-los, propondo meios acolhedores aos residentes (GUIDO *et al*, 2012a, 2012b; SANCHES *et al*, 2016).

Em relação ao assédio moral, em estudo de Marques *et al* (2012), 41,9% dos residentes referiram já ter sofrido. Os profissionais responsáveis pela preceptoria são os principais assediadores, seguidos daqueles com cargos de coordenação. E foram relatadas sensações de decepção, falta de competência, incapacidade e tristeza, demonstrando como o impacto emocional do assédio é negativo. Um comentário colhido fornece, ainda, um dado relevante sobre as relações interprofissionais: “a classe de enfermagem frequentemente é vítima de assédio moral, sendo o principal assediador o médico” (p. 405).

Segundo Marques *et al* (2012), campanhas educativas nos serviços de saúde, com pôsteres e palestras, podem ser benéficas por trazerem à luz um problema que, muitas vezes, é encarado como tabu. Pensando naqueles que já foram vítimas, é importante a experiência de grupos de apoio para tais indivíduos, que tentam lidar com suas sequelas psicológicas e

psiquiátricas. No entanto, o maior apoio que uma instituição pode dar a seus membros é incluir em seu Regimento Interno medidas administrativas contra possíveis assediadores.

6.7. Experiências internacionais

Esta categoria temática apareceu em 32 artigos. Nela, os principais conteúdos dizem respeito às experiências mundiais que foram encontradas. São discutidas, principalmente, Residências em Enfermagem e Farmácia dos Estados Unidos e Canadá. Foi encontrado na África um modelo bem parecido com as RIS/RMS em Saúde Coletiva do Brasil. E um único artigo trouxe uma discussão sobre RAP de Enfermagem na Espanha.

Segundo Mitre (2012), a saúde tem configurações diferenciadas em cada país, pois existe um forte componente cultural nela. Portanto, pensar nas experiências das Residências em Saúde a partir da cultura e necessidades locais é de extrema importância e demonstra um reconhecimento das especificidades regionais.

Nos EUA, a profissão de Farmácia está se movendo em direção à produção de profissionais altamente qualificados com treinamento clínico avançado. Os programas de Residência de Farmácia desempenham um papel importante no cumprimento deste objetivo, com o número de programas aumentando em resposta à maior demanda de profissionais qualificados (IRWIN *et al*, 2013).

A ASHP e o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP) reconhecem a necessidade de farmacêuticos em papéis diretos de atendimento, e solicitaram que todos os graduados de Farmácia que se inserirem nos cuidados diretos de atendimento ao paciente que completem a formação em Residência até o ano de 2020. A Associação Americana de Faculdades de Farmácia também encoraja a conclusão da formação em Residência e, em 2002, pediu que faculdades e escolas de Farmácia desenvolvessem e aprimorassem ativamente os programas. Isto tem causado uma modificação na formação em Farmácia e o número de interessados em programas de Residência tem crescido ano após ano (PHILLIPS *et al*, 2012).

Para receber a acreditação pela ASHP, programas de Residência de Farmácia devem proporcionar oportunidade para que os residentes possam "conduzir um projeto relacionado à prática usando habilidades de gerenciamento eficaz". Os projetos podem ser pesquisas originais, projetos de melhoria da qualidade ou exercícios de resolução de problemas. Os residentes normalmente apresentam seu trabalho em conferências regionais de Residência e

são frequentemente encorajados, embora não exigidos, a publicar suas descobertas em revistas científicas (IRWIN *et al*, 2013). Demonstrando um formato de funcionamento um pouco diferente das RIS/RMS/RAP brasileiras, onde o TCR é obrigatório.

Mas, segundo Irwin e colaboradores (2013), há dificuldades com relação às publicações dos residentes: limitações de tempo, falta de motivação dos residentes, aprovação ou cumprimento de outras regras ou regulamentos, limitações na concepção do estudo ou qualidade do estudo, tutoria efetiva ou problemas estruturais do programa, lacunas de conhecimento do residente e questões de continuidade após a conclusão da Residência. Se os programas desejam melhorar a taxa de publicação de projetos de pesquisa de Residência, algumas melhorias devem ser feitas, incluindo treinamento formal de pesquisa com informações sobre bioestatística, um plano de comunicação contínua entre residentes e tutores, mesmo após a conclusão da Residência, e um aumento no tempo dedicado à pesquisa.

Há, ainda, uma necessidade de mais farmacêuticos ocupando funções acadêmicas nos EUA. Há uma série de recomendações, como treinamentos e estágios nas Residências. Alguns residentes de Farmácia têm, de fato, interesse pela academia, mas esta precisa encorajar as seleções e desenvolver treinamentos adequados para preparar os residentes para as funções acadêmicas. Identificando os interessados logo no início dos programas, podem ser realizados treinamentos específicos (SHIN *et al*, 2015).

Segundo Phillips *et al* (2016), por conta das resoluções da ASHP e do ACCP de que os farmacêuticos tenham pelo menos um programa PGY1, o número de interessados tem crescido e as seleções para esses programas têm se tornado bem competitivas. Apesar de existirem discussões sobre a obrigatoriedade dos farmacêuticos terem uma Residência após o fim de seu doutorado, o número de vagas de Residências disponíveis ainda não é suficiente para abarcar todos os profissionais graduados. Outra dificuldade é o financiamento dos programas, os fundos federais são difíceis, então a maioria dos financiamentos vêm de associações particulares, parceiros locais e associações comunitárias (SHANNON; BRADLEY-BAKER; TRUONG, 2012).

Por conta dessa competitividade, os próprios programas têm passado orientações para os estudantes que desejam participar das seleções. Essas orientações incluem se envolver em organizações estudantis, desenvolver projetos de pesquisa e ter uma média geral do curso alta. Muitas faculdades têm oferecido, ainda, seminários e recursos online para auxiliar na preparação de seus estudantes (PHILLIPS *et al*, 2016).

Com o intuito de melhor preparar os estudantes de Farmácia para a aplicação futura à Residência, cursos eletivos sobre formação na Residência também foram desenvolvidos usando palestras, discussões grupais e estratégias de aprendizagem ativa, como exercícios em pequenos grupos, simulações e “entrevista falsa”. O objetivo foi aumentar o conhecimento, o interesse e a confiança entre estudantes sobre a formação em Residência; identificar e desenvolver as habilidades necessárias para a aplicação a esses programas; e aumentar o número de alunos que obtêm cargos de Residência após a formatura (PHILLIPS *et al*, 2012).

Na pesquisa de Phillips e colaboradores (2012), o curso de “Introdução à Pós-Graduação em Residência” é uma opção eletiva, oferecida a estudantes de terceiro ano em todos os campi que estão em boa posição acadêmica. Todas as sessões de aulas são ensinadas simultaneamente usando o Ensino a Distância, com um ou mais membros do corpo docente em cada campus liderando ou participando de pequenas discussões em grupo durante o período. Cada instrutor no curso é um membro do corpo docente com experiência em Residência como preceptor, ou diretor de programa. As turmas são pequenas, com no máximo 25 alunos, para permitir o modelo mais ativo de ensino.

Em estudo de Stover *et al* (2014), os membros do corpo docente implementaram sessões de grupo de interesse e preparação de carreira na Residência, para estudantes de terceiro e quarto período de Farmácia. As reuniões do grupo consistiram em quatro sessões de duas a três horas que abordaram tópicos como a linha do tempo de uma Residência e recursos disponíveis, carta de intenção para seleção, desenvolvimento de currículo, técnicas de entrevista adequadas e participação no encontro clínico. Os diretores de Residências, os residentes de Farmácia, os estudantes e outros membros do corpo docente foram convidados a participar dessas sessões. Os participantes do seminário demonstram maior conhecimento, confiança e preparação para a seleção da Residência.

Segundo Shannon, Bradley-Baker e Truong (2012), outra possibilidade promovida por muitas faculdades e escolas de Farmácia dos EUA são os programas de dupla graduação, que permitem aos estudantes de Farmácia a oportunidade de adquirir conhecimentos adicionais e obter competências em outra disciplina profissional além da Farmácia. Existem vários programas de dupla graduação disponíveis, incluindo o Mestrado em Ciências em várias disciplinas, Mestrado em Administração de Empresas (MBA), Mestrado em Saúde Pública (MPH), Doutorado em Jurisprudência (JD) e Doutorado em Filosofia (PhD). Cada um desses diplomas de pós-graduação permite que os alunos ganhem habilidades em outra disciplina que

complementa o conhecimento alcançado através do programa de doutorado em Farmácia e fornece métodos para promover o profissional em vários aspectos sociais.

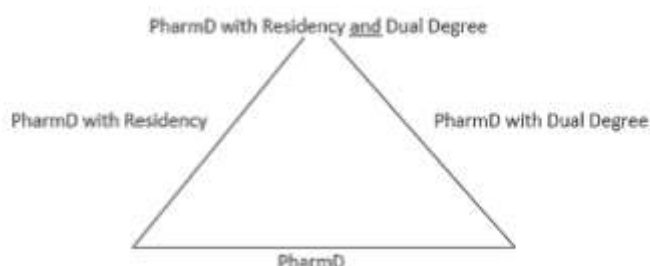
Ainda segundo Shannon, Bradley-Baker e Truong (2012), com a experiência de Residência, os residentes são responsáveis pela aquisição das seguintes competências: gerenciar e melhorar o processo de uso de medicamentos; fornecer gerenciamento de terapia com medicação baseada em evidências e centrada no paciente com equipes interdisciplinares; exercer liderança e gestão prática; demonstrar habilidades de gerenciamento de projetos; fornecimento de medicação e educação relacionados com a prática; e utilizar informática em saúde. As competências de dupla graduação são específicas para as áreas designadas de especialização. A maioria desses graus exige a conclusão de uma ou mais teses ou projetos de pesquisa após a conclusão dos requisitos em sala de aula e demonstração de competência nas áreas de estatística, métodos de pesquisa e avaliação de programas (Figura 18). E o ideal é que, em algum momento, os farmacêuticos tenham as duas modalidades de pós-graduação (Figura 19).

Figura 18: Características gerais dos programas de Residência e de dupla graduação

| Characteristics | Residency Programs | Dual-Degree Programs |
|---------------------------------------|---|---|
| Financial support/ participant status | Paid position (learning as a practitioner) | Tuition payment (learning as a student) |
| Organizational format | Learning primarily via practice experiences with optional opportunities for an occasional didactic class | Didactic learning with the requirement for experiential/research components after demonstration of competence in didactic area(s) |
| Program duration | Primarily full-time training in one year | Full-time or longitudinal training over several years |
| Educational focus | Highly focused on clinical practice | Focused on cross- professional development |
| Level of patient care | Emphasis on patient-centered care at the micro-level | Emphasis on population-based interventions at the macro-level |
| Program initiation | Usually initiated immediately post-graduation | May be initiated during pharmacy school and usually completed after starting independent professional career |
| Type of curriculum | Specific or focused curriculum in which knowledge and skills are achieved through supervised practice experiences | General knowledge and skills are achieved through organized curriculum and research experiences |
| Target goals | Aims to initiate career to meet short-term goals | Aims to enhances professional practice skills to meet short-term and life-long goals |

FONTE: SHANNON, BRADLEY-BAKER E TRUONG (2012)

Figura 19: Representação das pós-graduação em Farmácia nos EUA



FONTE: ADAPTADO DE SHANNON, BRADLEY-BAKER E TRUONG (2012)

Ainda nos EUA, o objetivo da implementação de programas de Residência de Enfermagem em onze estados foi para facilitar a transição de novos enfermeiros graduados para enfermeiros profissionais através de experiências clínicas guiadas com preceptores de Enfermagem, o apoio de tutores e outros membros da equipe, além de seminários e oportunidades de aprendizagem para aumentar a competência do cuidado seguro ao paciente (LIN; VISCARDI; MCHUGH, 2014).

Outra questão sobre as Residências em Enfermagem dos EUA, se refere a crise no acesso a AB. Neste contexto, os Centros de Saúde com Qualificação Federal (FQHC) são centros de AB, que servem a uma população desassistida de planos de saúde, por todo o país. Eles são comumente referidos como centros de saúde comunitários. Estes centros de saúde são organizações privadas sem fins lucrativos, ou públicas, que atendem populações com acesso limitado aos cuidados de saúde. Eles estão localizados em comunidades específicas e de alta necessidade; organizados por conselhos de administração de pacientes, em sua maioria; e fornecem serviços abrangentes de AB (FLINTER, 2011).

Um desses centros implementou um programa de Residência de um ano para novos profissionais de Enfermagem em 2007. Este programa de Residência é projetado especificamente para enfermeiros em saúde da família que pretendem atuar como profissionais de cuidados primários em um FQHC. Este modelo enfatiza uma relação contínua com um centro de AB; cuidados coordenados e de equipe; serviços integrados de saúde; registros eletrônicos de saúde; manejo de doenças crônicas; prevenção e promoção da saúde; e melhoria contínua do desempenho. Os principais componentes do programa de Residência incluem clínicas prévias, rodízios em especialidades, clínicas independentes e sessões didáticas, complementadas pelo envolvimento de residentes em grupos de trabalho e iniciativas de qualidade orientadas a dados da organização (FLINTER, 2011).

Bratt (2013) escreve que estabelecer um programa de Residência bem sucedido leva tempo, paciência e foco nos resultados finais. Tempo de dedicação para construir uma equipe coesa, solidificar a rede de suporte do programa e se envolver em planejamento deliberado. Diante disto, sugere algumas recomendações para a implantação de programas de Residência de Enfermagem nos EUA:

I. Envolvimento das partes interessadas no início do programa: solicitar a aquisição do programa entre as partes interessadas da organização, incluindo líderes de Enfermagem, educação em Enfermagem, recursos humanos e enfermeiros. Envolver administradores estratégicos, gerentes de Enfermagem de linha de frente e educadores durante a criação, implementação e avaliação do programa. Criação de um padrão no programa de Residência de enfermeiros, estabelecendo-o como o padrão organizacional para todos os enfermeiros;

II. Alocar recursos suficientes e apropriados: designar uma equipe de planejamento do programa de Residência com representantes em todos os níveis das organizações. Formalizar o cargo de coordenador, com responsabilidades de função claramente definidas e responsabilidade por supervisão dos programas. Colaborar com afiliados acadêmicos para fornecer apoio ao desenvolvimento de programas e acesso a recursos adicionais de ensino e aprendizagem. Capitalizar sobre parcerias existentes e criar redes informais para construir um grupo composto por múltiplos hospitais;

III. Construir o programa com base nas melhores evidências: rever as pesquisas existentes e recomendações de formuladores de políticas nacionais, acreditação, órgãos reguladores bem-sucedidos. Usar um modelo conceitual avançado e criado por especialistas notáveis. Construir uma tabela de evidências para fornecer os fundamentos da estrutura e dos componentes do programa. Procurar gerentes de Enfermagem, enfermeiros recém-formados e preceptores;

IV. Criar um programa multiestágios que oferece suporte a longo prazo: Criar um programa que abranja de 12 a 18 meses e incluir orientação por preceptores, tutores e educação permanente. Reciclar, treinar e recompensar gerentes e tutores e implementar estratégias para sustentar seu compromisso e compromisso com o papel. Os estudantes de enfermagem recém formados praticam conhecimentos, atitudes e desenvolvimento de habilidades através de sessões de aprendizagem contínuas focadas no reconhecimento da condição de paciente, acesso a recursos e desenvolvimento de

juízo clínico para permitir pensar e agir como uma enfermeira profissional. Implantar estratégias pedagógicas resolutivas com alunos adultos e promover a aprendizagem no contexto da prática de Enfermagem, como a reflexão e a narração de histórias. Permitir que os apresentadores de sessão educacional usem uma abordagem dialética e usem métodos interativos através de treinamento especializado, orientação e *feedback*;

V. Construir e implementar um plano de avaliação abrangente e medir os resultados: realizar uma avaliação formal e abrangente do programa que inclua a avaliação da reação, aprendizado e mudanças de comportamento dos alunos e resultados de socialização profissional; usar dados de avaliação para se empenhar na melhoria contínua do programa. Disseminar os resultados às partes interessadas da organização;

VI. Programa de sustentação através do planejamento estratégico, comunicação de resultados, custo-benefício e colaboração contínua: implementar um plano de comunicação contínuo que informe os principais componentes sobre o progresso e os resultados. Transmitir os benefícios de custo e as mudanças na nova retenção de enfermeiros resultantes do programa para administradores. Incorporar o programa no plano estratégico para o departamento de desenvolvimento profissional da organização. Colaborar com outros hospitais e organizações para oferecer programas conjuntos, se os recursos forem limitados.

Vale salientar que Canadá e EUA se organizam por províncias e estados, respectivamente, então cada local tem sua própria organização e políticas específicas. E sobre as experiências americanas, o *American Journal of Health-System Pharmacy* também publica bastante artigos sobre Residências em Farmácia, mas o acesso às produções desse periódico é apenas para associados.

Na África, a Organização Oeste Africana da Saúde (WAHO) reconheceu a necessidade na região da África Ocidental de profissionais bilíngues que fossem qualificados em saúde pública, gestão, liderança e tecnologia da informação para melhorar os recursos humanos em saúde pública. Já que o setor saúde nesta região se caracteriza por poucos recursos humanos qualificados, sem competências especializadas ou de gestão, e enfrentando barreiras com a linguagem. As competências técnicas entre os recursos humanos são inadequadas para atender às metas nacionais e aos objetivos globais de saúde. Como os

recursos humanos desempenham um papel fundamental na prestação de serviços de saúde à população, os gestores têm de garantir que o número certo de pessoas, com as competências adequadas, esteja no lugar e no momento certos para prestar serviços de saúde às necessidades da população (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

Como resultado, a Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos da WAHO desenvolveu o Programa de Estágios de Jovens Profissionais (YPIP). O objetivo é preparar jovens profissionais da região da Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (ECOWAS), capazes de demonstrar competências em áreas técnicas essenciais, que são cruciais para o desenvolvimento das necessidades de recursos humanos para a saúde pública; para melhorar a capacidade institucional e a capacidade de tutoria nas organizações e instituições regionais participantes (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

Nesta experiência – que não é apresentada como Residência, mas se assemelha bastante – os candidatos interessados passam por um processo seletivo e devem possuir um diploma com experiência na área da saúde. Cada estagiário francófono é alocado em uma instituição de acolhimento em um país anglófono da África Ocidental e vice-versa para o estagiário anglófono. O estagiário da língua portuguesa tem de escolher entre o inglês e o francês como língua a aprender. O estagiário não pode voltar para seu país até o final do treinamento, exceto em absoluta necessidade. É fornecida uma bolsa mensal aos estagiários e eles têm um seguro médico durante o programa. Os principais componentes ensinados durante o programa são: Linguagem (francês e inglês), Saúde Pública, Gestão e Liderança, Tecnologia da Informação e Comunicação (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

O componente “treinamento de línguas” tem como objetivo aumentar a capacidade dos estagiários em comunicação oral, particularmente em áreas nas quais o estagiário trabalha e tem necessidade. Os objetivos específicos da formação linguística incluem a construção de vocabulário em geral e em áreas específicas, a construção de habilidades de gramática que são aplicadas a conversas, a construção de confiança e fluência para facilitar a comunicação e construção de vocabulário em áreas específicas de saúde pública (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

O componente “saúde pública” oferece aos estagiários uma formação básica em saúde pública para compreender os principais problemas de saúde da África Ocidental. O componente também ajuda os estagiários a apreciar programas eficazes e eficientes que melhoram o estado de saúde dos cidadãos. O curso é ministrado através de uma combinação de métodos de ensino adequados para a aprendizagem de adultos, tais como palestras e

discussões, visitas de campo guiadas, estudos de caso, atribuições individuais e em grupo. Os temas incluem: saúde reprodutiva e planejamento familiar, saúde da criança e estratégias de sobrevivência infantil, saúde ambiental, educação em saúde e sistemas de informação, objetivos de desenvolvimento do milênio, bioestatística, pesquisa em saúde, *software Epiinfo* (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

O componente “gestão e liderança” abrange gestão pessoal e organizacional, liderança, trabalho em equipe, negociação, resolução de problemas, planejamento estratégico, parcerias e advocacia, *software MS Project*. Por fim, o componente “tecnologia da informação e comunicação” apresenta como otimizar e manter um computador, os fundamentos de trabalho com um programa do *Windows*, trabalhando em rede com o *Windows*, gerenciando uma pasta de trabalho, usando e-mail, mapeamento de saúde e outros recursos avançados (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

O YPIP é um programa de doze meses e consiste em seis fases. A primeira fase (seis semanas) cobre a introdução dos estagiários ao programa, a formação em áreas gerais básicas, incluindo as competências básicas de gestão, princípios de saúde pública, linguagem e informática e habilidades de tecnologia da informação. A segunda etapa (16 semanas) é o primeiro rodízio e ocorre em uma instituição de acolhimento. Durante este período, os estagiários, sob a orientação de tutores, deverão adquirir experiência prática e habilidades técnicas especiais relevantes para as áreas de interesse no setor saúde, para participar da solução de problemas nessas instituições. As áreas técnicas prioritárias para a WAHO são HIV/AIDS, Saúde Reprodutiva, Sobrevivência Infantil, Nutrição, Prevenção da Cegueira, Malária, Pesquisa em Saúde e Controle de Doenças. A terceira fase (duas semanas) é um rodízio nos Ministérios da Saúde. Os estagiários devem observar o funcionamento do ministério, para obter conhecimentos sobre o processo de formulação e implementação dos programas e políticas nacionais de saúde (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

A quarta fase (quatro semanas) é um rodízio integrado na própria WAHO. Durante esta etapa, espera-se que os estagiários avaliem o progresso pessoal para a aquisição das competências desejadas; que utilizem suas experiências com estudos de caso para melhorar as habilidades de resolução de problemas; que adquiram conhecimentos e habilidades adicionais nas áreas gerais do programa; para se preparar para o segundo rodízio nas instituições de acolhimento. A quinta etapa (18 semanas) é um segundo rodízio na mesma instituição de acolhimento. Os estagiários continuam a experiência de aprendizagem; utilizam as abordagens adicionais, a metodologia, as ferramentas adquiridas durante o rodízio integrado.

A sexta fase (três semanas) é um rodízio final na WAHO. Durante esta fase final, os estagiários devem avaliar o progresso alcançado na aquisição das competências desejadas, trocar experiências, avaliar o programa, adquirir conhecimentos e habilidades relevantes para a busca de um emprego (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

O estudo de Sanou, Awoyale e Diallo (2014) indica que o YPIP tem potencial substancial para contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde, o que, por sua vez, ajudará a alcançar os objetivos da WAHO. No entanto, a iniciativa enfrenta uma série de desafios para alcançar esses resultados e demonstrar seu sucesso. Dois grandes desafios são a falta de foco e apoio na carreira e colocação de trabalho após o programa, e os esforços para manter redes de trabalho e comunicação com os graduados YPIP – desafios bem parecidos com as das RIS/RMS/RAP no Brasil.

O programa ainda tem pouca visibilidade e há a necessidade de diversificar e aumentar o número de instituições de acolhimento para os estagiários nos vários países, uma vez que alguns estagiários não foram alocados em instituições compatíveis. Além disso, deve fomentar relacionamentos mais fortes entre os tutores e os estagiários da instituição de acolhimento de modo que possam trabalhar juntos (SANOU; AWOYALE; DIALLO, 2014).

Na Arábia Saudita, visando melhor a formação em Farmácia, um programa de Residência em parceria com uma universidade americana foi implementado em 1997. Ao longo dos anos 2000, o programa passou por reformulações e se transformou em algo nacional e oficial, com duração padrão de dois anos. O programa procurou, então, a acreditação da ASHP como forma de melhorar o processo de ensino-aprendizagem oferecido, buscando uma qualificação a nível internacional, e oferecendo um serviço de alta qualidade nos cuidados aos pacientes. Possuir a acreditação da ASHP pode ser um objetivo estratégico para muitos programas internacionais de Residência em Farmácia que buscam padrões de prática e treinamento mais elevados (AL-QADHEEB *et al*, 2012).

Foram encontrados poucos artigos em espanhol, e dos dois encontrados, apenas um trazia uma experiência de Madrid, o outro descrevia uma experiência brasileira. Isso gera o questionamento: as Residências em Saúde nos países hispânicos não estão sendo documentadas? E se estão, onde podem ser encontradas?

7 DESAFIOS E PRIORIDADES

A reorganização do modelo assistencial do SUS, com base nos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Resolubilidade, Intersetorialidade, Humanização do atendimento e Participação Social, ainda constitui um grande desafio para todos os diversos atores sociais da Saúde Pública brasileira (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Apesar de todas as reivindicações e propostas do Movimento de Reforma Sanitária, ainda nos anos 1980, bem como dos avanços legais, as alterações no modelo de atenção, gestão e formação em saúde são ainda incipientes, em virtude dos inúmeros obstáculos com os quais o SUS se depara, em um cenário de ajuste fiscal, corte dos direitos sociais e mercantilização das políticas sociais (SCHMALLER *et al*, 2012).

O setor saúde possui traços marcantes advindos de sua origem, como o modelo médico centrado, hospitalocêntrico, autoritário, entre outras características de um setor pouco inclinado ao direito. Enquanto política pública que tardiamente foi garantida em lei, vivenciou um árduo processo de regulamentação, banhado em diretrizes neoliberais com pouco respaldo popular que continuasse a lutar pelos avanços. Nesse contexto o SUS já nasce debilitado em relação ao financiamento e ao preparo dos recursos humanos que lhe dariam vigor e contribuiriam para o alcance de seus princípios fundantes (SALVADOR *et al*, 2011, p. 330).

Rosa e Lopes (2009) escrevem que temos um cenário da saúde pública brasileira com grandes disparidades locais e regionais, especialmente no que tange à formação profissional, à política de contratação, capacitação e formação de recursos humanos e ao acesso a processos de EPS; além dos problemas relacionados ao apoio e à cobrança de políticas sociais vinculadas à participação popular e ao controle social.

Segundo Domingos, Nunes e Carvalho (2015), apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação desse sistema. Pois discutir o processo de trabalho implica assumir responsabilidades, o que gera desconforto por trazer à tona rotinas já estabelecidas e que necessitam ser mudadas, que precisam de uma ação. A formação em saúde ainda é um “nó crítico” das propostas que apostam na mudança do modelo technoassistencial em saúde no Brasil (SILVA *et al*, 2013).

Ao mesmo tempo em que vivemos o incentivo político para a formação de recursos humanos para o SUS, o que tem sido colocado como estratégia para sua reorganização numa direção mais alinhada aos preceitos constitucionais, continuamos a assistir várias contradições (ROSA; LOPES, 2016, p. 651).

Segundo Fernandes e colaboradores (2015), deve-se considerar que existe na formação dos residentes o trabalho prescrito, definido e orientado pelas concepções teóricas que sustentam os programas de Residência em Saúde. Contudo, no cotidiano da sua formação nos serviços, os residentes se deparam com o trabalho real. O trabalho prescrito é aquele que precisa ser feito pelos trabalhadores seguindo normas e definições precisas; já o trabalho real é o que foge à prescrição, o que é imprevisto e inesperado. Nessa perspectiva, em algumas situações, se estabelece uma dicotomia entre teoria e prática no processo de formação, um distanciamento entre o que o programa preconiza como ideal e o que realmente acontece nos campos de práticas.

No cotidiano dos serviços de saúde, é possível ser perceber a incompatibilidade entre a formação recebida pelos profissionais de saúde, marcada pela divisão em setores do saber, e auto-centrada, como um entrave para a viabilização do acesso ao cuidado em saúde de forma integral (SALVADOR *et al*, 2011).

Destacam-se, então, alguns desafios para o processo de ensino-aprendizagem nos contextos concretos do SUS: falta de diálogo entre profissionais, preceptores e tutores; falta de preparação para o trabalho coletivo, inclusive para a produção de conhecimento; falta de professores com perfil e disponibilidade para a tutoria (JESUS; ARAÚJO, 2011). Além de que, é comum na área da saúde a tendência de profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada, independente dos demais (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015).

Outro desafio para a efetivação da EPS como atividade coletiva é o trabalho fragmentado no contexto da produtividade e a predominância das ações assistenciais, que imprimem dificuldades em conceber os momentos de reflexão e formação. “Deixar o trabalho” para ocupar espaços de discussão e reflexão, é tido, como inviável, algumas vezes (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011).

Além do estado de permanente precariedade das condições de trabalho nas unidades de saúde, aliado à incerteza sobre o futuro institucional, que torna instável o cotidiano das equipes. Nos setores de Educação e Saúde, a presença de inúmeros trabalhadores com contratos provisórios terceirizados tem sido comum, provocando instabilidade no campo, tanto na Residência quanto na assistência, há uma “flutuação de pessoas” através da constante mudança de profissionais (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011; BRITES *et al*, 2014; ROSSONI, 2015).

Em relato de Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), é apresentado que os residentes tiveram suas intervenções fragilizadas pelo fato de as equipes de profissionais do serviço serem incompletas e compostas por profissionais contratados, e não concursados. Essa situação inicial se tornou um obstáculo para os residentes pela dificuldade de articulação com as equipes, já que alguns profissionais tinham contrato por seis meses ou, no máximo, um ano.

Os desafios à implantação do PP e político das Residências incluem excessiva carga horária a que são submetidos os residentes, número insuficiente de profissionais para acompanhar o andamento das atividades do residente, deficiências na rede de saúde e serviços, atual contexto político das RIS/RMS/RAP, e dificuldades de consolidação de um espaço democrático de discussão entre os residentes, preceptores, coordenadores e gestores dos programas (FROSSARD; SILVA, 2016). A necessidade de organizar a equipe de residentes e o processo de comunicação também são fatores comuns, afinal as equipes são formadas por pessoas diferentes, vindas de locais e formações distintos (ALVES *et al*, 2016).

A forma como os programas estão sendo implantados nas diversas regiões do Brasil ainda fica a critério dos gestores municipais, com a definição das prioridades de implementação, o que acaba gerando muitas diferenças e faz com que haja menor debate coletivo. E se não há uma política que favoreça a inserção qualificada dos profissionais egressos de Residências na rede de saúde, há uma desvalorização desses profissionais e ineficácia na continuidade dos programas (ROSA; LOPES, 2016).

A inserção das RIS/RMS/RAP junto às RM ou aos profissionais médicos também é um desafio a ser superado (ALVES *et al*, 2016). Nas ações do processo ensino-aprendizagem dos programas de Residência, os médicos têm poucas oportunidades de atuar com outros membros da equipe de saúde, algumas vezes, até mesmo desconhecendo o que seja rede de serviços, vigilância epidemiológica, territorialização, planejamento local, trabalho em grupos e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Na prática de Residência de Cheade e colaboradores (2013), existiram, inclusive, casos em que a alta hospitalar foi baseada apenas em critérios médicos, desconsiderando outras categorias profissionais envolvidas com a assistência aos pacientes – prática comum nos serviços de saúde. Infelizmente, ainda há um descompasso quando a categoria médica se refere à ideia de “multiprofissionalidade”. É comum encontrar equivalência do termo multiprofissional com atuação por especialidade, por exemplo, a equipe multiprofissional

formada pelo traumatologista, o ortopedista e o clínico geral – todos eles formados em Medicina, mas oriundos de especialidades diferentes (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Até mesmo entre categorias pertencentes a um mesmo programa de RIS ou RMS são encontradas dificuldades de colaboração interprofissional. Em pesquisa realizada por Salvador e colaboradores (2011), oito profissões que compunham o programa eram desconhecidas do ponto de vista técnico por algum residente, e 43% dos preceptores entrevistados afirmou não conhecer todos os núcleos profissionais que compunham o programa.

Os usuários ainda precisam ser “escutados” no decorrer desse processo. Nenhuma pesquisa trouxe a perspectiva dos usuários dos serviços sobre as transformações que as Residências promoveram nos espaços de cuidado. A formação do trabalhador de saúde é extremamente relevante para a melhoria dos serviços e cuidado prestados, mas o principal foco deste processo não pode ser esquecido, especialmente porque a partir da ideia do Controle Social (BRASIL, 1988), os usuários precisam ter voz na organização dos serviços de saúde brasileiros.

Deste modo, percebemos que existem uma série de questões que são vivenciadas em co-existência com desafios que ainda precisam ser superados para uma efetiva consolidação das RIS, RMS e RAP como estratégias de formação dos profissionais de saúde e reorganização dos sistemas de saúde.

7.1. Residências em Saúde nas modalidades Integrada e Multiprofissional no Brasil

O tema da formação pelo trabalho nas Residências em Saúde vem crescendo nas pesquisas realizadas no mundo. Nos programas de pós-graduação do Brasil, observa-se um aumento nas produções acadêmicas sobre as Residências a partir de sua institucionalização, no ano de 2005 (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013).

Podemos considerar que dentro desta temática, as modalidades de Residência Integradas e Multiprofissionais são formatos de pós-graduação fortes no Brasil, podendo até ser consideradas como experiências eminentemente brasileiras. Inclusive, dos achados internacionais desta pesquisa, somente um artigo fez referência a uma modalidade de Residência integrando mais de uma profissão.

Em pesquisa recente realizada por Martins e colaboradores (2016), é descrito que ao realizar uma busca em bases de dados nacionais e internacionais sobre a temática de RMS,

evidenciou-se pouca produção científica; sendo a RMS considerada por aqueles autores, então, como um modelo de formação exclusivo do Brasil, que pretende ser uma estratégia para consolidar a política nacional de educação em saúde.

Em consonância com os resultados de Dallegrave e Ceccim (2013), observa-se no Brasil a predominância de pesquisas envolvendo a modalidade de formação em Residência na área da Saúde da Família, onde se evidencia o cenário de atuação profissional na ESF. A qualificação dos profissionais da ESF por meio das Residências em Saúde pode reduzir efeitos de uma formação inadequada na graduação (BEZERRA *et al*, 2016). Mas outras ênfases de atuação, demandadas a partir das necessidades loco regionais, também devem ser trabalhadas (Cancerologia, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Neonatologia, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Reabilitação, Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, dentre outras).

É importante refletir, ainda, conforme Sanches e colaboradores (2016), sobre as funções dos programas de RIS/RMS/RAP no Brasil. Por um lado, é notório que eles potencializam os atendimentos à população brasileira nos diversos cenários e níveis de atenção à saúde, melhorando os serviços. Por outro, no entanto, é de grande interesse que o aluno não seja caracterizado como “tocador de serviço”, uma vez que a formação em serviço denota um conjunto de atividades de ensino mediado por tutores e preceptores, e não restrito aos atendimentos em si.

Outra questão que não pode ser negligenciada é a função da Residência de servir de estratégia para introduzir novas formas de organizações coletivas em saúde, demonstrando flexibilidade e participação ativa de toda a equipe no cuidado à população. As Residências em Saúde são, portanto, estratégias fortes de EPS que buscam promover mudanças no modelo assistencial ainda hegemônico na saúde pública do país (SANCHES *et al*, 2016).

Mas ainda há uma fragilidade legislativa e de documentos legais das RIS/RMS/RAP que precisa ser revista. Não há uma política nacional que organize tais programas de Residência, os nomes oficiais e termos ainda são incertos, de modo que cada programa, representante ou pesquisador da temática pode utilizar uma diversidade de termos e teorias, que por vezes podem ser incongruentes com a proposta. A CNRMS tem reuniões irregulares, havendo denúncias contra alguns programas e não avaliação dos mesmos, apenas ratificando essas questões. É notório que as Residências em Saúde estão crescendo no país ao longo dos anos, mas a quantidade de programas não significa necessariamente uma qualidade dos mesmos. É fundamental uma constante problematização desses processos.

A educação em saúde no Brasil tem passado por grandes transformações, de modo que currículos têm sido reformulados e novos programas de formação e capacitação criados, na tentativa de formar profissionais com as habilidades necessárias para a compreensão e a funcionalidade dos atuais modelos de cuidado à saúde (SILVA, 2016).

Mas considerando a importância que o trabalho vivo e as tecnologias leves têm dentro da organização do trabalho em saúde, a possibilidade de organizar a formação no ato do dia a dia, no momento da produção, no encontro entre trabalhador e usuário, é extremamente interessante (MERHY, 2005). Ela pode ser usada hegemonicamente, subordinando as relações aos procedimentos. Ou pode ser usada inventivamente, possibilitando a abertura para o desafio e para o ampliar da escuta, produzindo novas tecnologias de cuidado e expandindo a construção compartilhada de projetos terapêuticos (FEUERWERKER, 2009).

Portanto, aproveitando o rico processo de formação que já se tem documentado e pesquisado em nosso país, é mister a necessidade de se investir nesses programas, como tentativa de reorganização do sistema de saúde e de melhor capacitação dos recursos humanos, que possam atender eticamente às especificidades e necessidades demandadas pelos usuários e pelos serviços.

7.2. Diversidade do campo

Dallegrave e Ceccim (2013) já haviam encontrado que em relação às pesquisas que envolvem as Residências em Saúde há grande expressividade de programas de mestrado e doutorado em Enfermagem; seguidos por programas de Saúde Pública e Saúde Coletiva. Mas também perceberam que há uma diversidade de áreas que pesquisam sobre o tema, tais como: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Medicina, dentre outros. Achado parecido ao desta pesquisa, demonstrando uma diversidade de áreas e autores produzindo sobre as RIS/RMS/RAP.

As Residências em Saúde podem, então, ser consideradas como um tema amplo e que pode abarcar uma série de estudos. Feuerwerker (2009), inclusive, escreve sobre o reconhecimento de que o processo das Residências é dinâmico, configurado por múltiplas apostas, de modo que compreender a trama de questões envolvidas é importante para significar os diferentes discursos e em diferentes momentos. Muitos produzem sobre as RIS/RMS/RAP e muitos discursos são instituídos.

Todos esses e, quem sabe, muitos outros constituíram, constituem e constituirão a RMS. São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na divergência, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 222).

Reconhecer estes diversos discursos é reconhecer a diversidade e a interdisciplinaridade presente neste contexto. Mas sem perder de vista o que está “sendo dito” como está sendo feito, escrito, validado cientificamente. Os muitos pesquisadores que escrevem sobre as Residências precisam ter clareza do impacto que tais estratégias podem ter na organização dos serviços de saúde, bem como saber identificar os jogos de poder envolvidos em sua articulação e manutenção.

Sobre as zonas de concentração de produção, o eixo Sudeste-Sul do Brasil e os EUA são os locais onde mais foram identificadas produções científicas sobre a temáticas no período de 2006 a 2016. Segundo Pantoja (2014), um ponto crítico que devemos nos atentar na formação de profissionais no Brasil é uma grande concentração de cursos oferecidos nos eixos Sul e Sudeste do Brasil, sendo importante reforçar a ideia da expansão do desenvolvimento e produção científica das RIS/RMS/RAP para outras regiões.

Como estão as experiências dos demais países e das demais regiões do Brasil? Consideramos extremamente necessários que estes locais também divulguem suas experiências e pesquisas com relação a estas modalidades de formação. Tanto para reconhecer as especificidades regionais de produção de cuidado e formação em saúde, como para tornar público as experiências exitosas, que podem servir de inspiração para a organização de outros programas.

Percebemos que há iniciativas interessantes, experiências inovadoras, mas também captura e repetição do mesmo (FEUERWERKER, 2009). Apesar da quantidade de escritos, ainda consideramos real a necessidade de consolidação das informações produzidas sobre as RIS/RMS/RAP.

Esses jogos de verdade e enredamentos que se constroem a partir dos discursos e que, em nossa sociedade, constituem a RMS como uma invenção cultural, instituem-na de diferentes formas e a modificam de acordo com as políticas culturais e governamentais, dependendo da região ou instituição, onde a proposta se encontra inserida (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, pp. 222-223).

Nos questionamos, igualmente Dallegrave e Ceccim (2016), se há necessidade de padronizar o ensino nas Residências em Saúde? Quais seriam os limites de uma formação curricularizada? Caberia propor um currículo para que todas as formações fossem

semelhantes, que o perfil profissional fosse o mesmo para toda e qualquer formação em Residência?

Acreditamos que uma padronização não seria viável, pois perderia de foco as especificidades regionais. Mas a divulgação das diversas experiências e tentativa de consolidação sobre as mesmas seria uma excelente iniciativa para se tentar organizar programas coesos e com perspectivas críticas e transformadoras. É importante não perder de vista um posicionamento crítico sobre esses modelos de pós-graduação, que tanto já foram apresentados como possibilidades de (trans)formação dos profissionais de saúde.

Sugerimos a criação de periódicos científicos, ou publicações especiais, focados nestas estratégias de formação e onde, mais facilmente, possam ser consolidadas as várias experiências, pesquisas e inovações a respeito das Residências em Saúde. Veículos assim tornariam mais acessível até a consolidação de termos específicos, e facilitaria o acesso dos interessados às diversas informações – seja comunidade científica ou população leiga.

7.3. Pesquisas futuras necessárias

Segundo Salvador *et al* (2011), experiências educacionais exitosas, que buscam suprir as lacunas deixadas nos espaços de formação, precisam ser constantemente pensadas e problematizadas, com o intuito de efetivamente atingirem seus objetivos. As RIS/RMS/RAP utilizam diversas metodologias ativas que visam contribuir para uma formação que agregue os saberes dos núcleos profissionais. Assim, compreendendo a potencialidade dessas metodologias que buscam aproximar os diferentes atores envolvidos com o SUS, é necessário e contínuo o desenvolvimento de pesquisas sobre estas modalidades de pós-graduação.

Na pesquisa de Dallegrave e Ceccim (2013), apenas 4% das teses e dissertações investigadas entre os anos de 1987 e 2001 se dedicaram a pesquisar os programas de Residência Médica e Multiprofissional, articulando a formação de trabalhadores da saúde nessas duas modalidades. Necessidade que ainda se mantém presente: RM e RIS/RMS/RAP ainda são pensadas e organizadas de forma separada.

A atuação dos demais núcleos profissionais que compõem o campo da Saúde, também precisa ser investigada com mais afinco. Não foram encontradas pesquisas que versassem sobre a atuação da Biomedicina, Ciências Biológicas, Física Médica, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia e Saúde Coletiva nas RIS/RMS/RAP.

Em estudo de Santos, Whitaker e Zanei (2007), metade dos egressos buscou especializar-se, também, em outras áreas ou concluiu um mestrado após a Residência. A obtenção de experiência docente é um aspecto importante, mas muitas vezes negligenciado nas Residências (MCNATTY; COX; SEIFERT, 2007). E pode ser alvo de futuras pesquisas, bem como de atenção dos programas de RIS/RMS/RAP.

É importante discutir também sobre as responsabilidades dos residentes e da gestão, quais são e como estão sendo compartilhadas? Todos os envolvidos nas RIS/RMS/RAP têm direitos e deveres a serem cumpridos, e nenhum artigo apresentou essas questões de forma específica, abordando o que consta na política e como está se efetivando nas práticas dos serviços de saúde.

Outras pesquisas futuras necessárias e identificadas nas análises dos artigos dizem respeito a relação das Residências com os usuários e comunidades, pois é fundamental para efetivar uma mudança nos processos formativos e de cuidado; outras pesquisas que investiguem ferramentas de avaliação das RIS/RMS/RAP; estudos sobre atuação e capacitação da preceptoria dos programas; discussões sobre a dimensão política na formação dos profissionais de saúde e nos diversos programas de Residência espalhados pelo Brasil; pesquisas que discutam a reorganização dos estabelecimentos de saúde após o início dos programas de RIS/RMS/RAP; estudos que possam avaliar e melhorar a qualidade das publicações de projetos de pesquisa na Residência; e novas reflexões sobre esta temática, que são sempre bem vindas.

Como continuidade do presente estudo, sugerimos a realização de outras pesquisas que prossigam na investigação das Residências em Saúde, em especial sobre o impacto na formação dos residentes, sobre o sistema de saúde e seu custo-efetividade; podem ser feitas também análises mais aprofundadas sobre programas nacionais que trabalhem com Residências em Área Profissional ou com relação às experiências hispânicas – artigos pouco encontrados nesta pesquisa; ou envolvendo, ainda, outras línguas, como o francês – língua não investigada nesta pesquisa.

Segundo Haddad (2009), o tema RIS/RMS/RAP tem sido objeto de muitas avaliações, reflexões, dissertações, teses e reuniões de trabalho. Sem sombra de dúvida são assuntos que estão longe de ser esgotados nos ambientes acadêmicos, nos serviços de saúde e nas comunidades. Em síntese, há um ponto de convergência coletiva neste debate: todos os envolvidos, dentro de suas competências e trazendo suas diferentes perspectivas de análise, tentam contribuir para o aprimoramento do sistema de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo analisamos 109 artigos científicos, a partir de uma RINT. Avaliamos 77 artigos do Brasil, 26 dos EUA, três do Canadá e proveniente de Arábia Saudita, Burkina Faso e Espanha, um artigo de cada país; se destacando, então, a produção brasileira com relação às RIS/RMS/RAP. Percebemos que existem zonas de concentração de publicações sobre a temática, principalmente no Brasil (eixo Sudeste-Sul) e nos EUA. Há uma clara necessidade de maior incentivo na produção científica da temática nos demais estados brasileiros, principalmente nos que compõem a região Norte.

Encontramos 53 periódicos científicos com publicações sobre RIS/RMS/RAP, o que deixa claro que uma diversidade de revistas aceitou publicações sobre as temáticas no período de 2006 a 2016. Se destacam no Brasil, os periódicos *Interface* e *Revista Gaúcha de Enfermagem*, mas não existe um periódico de referência nacional para pesquisas sobre essa temática. Nos Estados Unidos o periódico *American Journal of Pharmaceutical Education* é o que mais publicou artigos científicos, todos sobre Residência em Farmácia, e se mostrando como referência mundial para publicações a respeito deste núcleo profissional. Percebemos, ainda, uma tendência crescente na publicação anual de artigos sobre as RIS/RMS/RAP.

Podemos perceber que os principais descritores para as buscas sobre RIS/RMS/RAP no período de 2006 a 2016 diferem em grande parte dos termos utilizados nesta pesquisa, na língua portuguesa, eles envolvem “Internato e Residência”, “Internato Não-Médico”, “Residência”, e “Capacitação em Serviço”; e na língua inglesa: “*Residency*” e “*Residency Training*”. Na língua hispânica, pela pouca quantidade de artigos analisados, ficou inviável de se estabelecer um possível padrão. Dentre os temas de pesquisa encontrados, se destacam aquelas pesquisas envolvendo “Processos educativos em Residências”, “Atuação dos núcleos profissionais nas Residências”, “Experiências de residentes”, e “Avaliação de programas de Residências”.

Os principais tipos de pesquisa identificadas nos artigos levam a inferência que pesquisas que envolvem as RIS, RMS e RAP se organizam principalmente a partir das abordagens qualitativas, principalmente com “relatos de experiência” e “estudos de caso”, utilizando entrevistas como principal técnica de coleta dos dados. Se destacam o número de produções que tem trabalhado com questionários online, na tentativa de abarcar mais sujeitos de estudo. Infere-se, com relação às pesquisas qualitativas, que a Análise de Conteúdo é o método de análise dos dados mais comumente utilizado.

A partir da Análise Temática realizada, identificamos sete categorias temáticas presentes nos estudos e que podem apresentar as diferentes dimensões do processo de organização, vivência e reflexos de um programa de Residência Integrada, Multiprofissional ou em Área Profissional em Saúde. As dimensões temáticas estão entrelaçadas, de modo que em um mesmo artigo, pôde ser identificada mais de uma.

As categorias e subcategorias temáticas versam sobre as percepções, representações sociais e ideias associadas aos programas de RIS/RMS/RAP; os modelos de implementação e organização dos programas; as concepções pedagógicas e de ensino-aprendizagem que sustentam os programas de RIS/RMS/RAP, com seus principais conceitos, e os métodos utilizados para acompanhamento e avaliação; as figuras de preceptor e tutor; os reflexos que os programas de RIS/RMS/RAP têm na formação profissional dos residentes; com as atuações e possibilidades específicas dos núcleos profissionais nos programas de Residência em Saúde; os reflexos, impactos e transformações que os programas de RIS/RMS/RAP causam na rede de saúde regional e nacional; a continuidade na carreira dos profissionais residentes; os reflexos que um programa de RIS/RMS/RAP pode ter na saúde geral e bem-estar dos profissionais residentes; e as experiências mundiais que foram encontradas.

Se destaca a questão pedagógica das Residências, muitos artigos trouxeram importantes questões sobre como conduzir os processos de ensino-aprendizagem em serviço; demonstrando que tais aspectos precisam ser constantemente reavaliados, bem como articulados com as realidades regionais. A aprendizagem significativa e interprofissional exige dos programas inovações e um compromisso ético e político com uma formação crítica dos profissionais residentes.

A oferta de estágio docente para residentes é um diferencial, pois estes atores tem um potencial enorme de assumir futuros papéis na docência, como professores universitários, tutores ou preceptores de outros programas de Residência em Saúde, ou de estagiários de graduação. Se faz necessário investir mais no aprendizado e na experiência docente destes profissionais, inclusive como forma de incentivar uma prática articulada entre academia e serviços de saúde.

A reorganização do modelo assistencial com base nos princípios do SUS ainda constitui um grande desafio para todos os diversos atores sociais da saúde pública. A formação em saúde ainda é um “nó crítico” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil. Destacando-se alguns desafios para o processo de ensino-aprendizagem nos contextos concretos do SUS: falta de diálogo entre profissionais,

preceptores e tutores; falta de preparação para o trabalho coletivo, inclusive para a produção de conhecimento; falta de professores com perfil e disponibilidade para a tutoria. Além de que, é comum na área da saúde a tendência de profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada, independente dos demais.

Percebemos, então, que existem uma série de questões que são vivenciadas em coexistência com desafios que ainda precisam ser superados para uma efetiva consolidação das RIS, RMS e RAP como estratégias de formação dos profissionais de saúde e reorganização dos sistemas de saúde.

Outras pesquisas futuras necessárias e identificadas nas análises dos artigos dizem respeito a relação das Residências com os usuários e comunidades; outras pesquisas que investiguem ferramentas de avaliação das RIS/RMS/RAP; estudos sobre atuação e capacitação da preceptoria dos programas; discussões sobre a dimensão política na formação dos profissionais de saúde; pesquisas que discutam a reorganização dos estabelecimentos de saúde após o início dos programas; estudos que possam avaliar e melhorar a qualidade das publicações de projetos de pesquisa na Residência, promovendo constantemente novas reflexões sobre esta temática.

Com esta pesquisa buscamos consolidar o que se tem produzido sobre as RIS/RMS/RAP no mundo, através de um estudo crítico, que tentou avaliar as principais produções publicadas no formato de artigos científicos, em línguas de grande produção e propagação internacional. Mas existem limitações do estudo, que estão expressas nos próprios critérios de inclusão e exclusão, pois o perfil dos estudos foi derivado apenas de artigos científicos indexados em bases de dados online e artigos disponibilizados gratuitamente; futuras revisões podem explorar, então, outras modalidades de produções, outras línguas e investir mais recursos.

Destacamos, ainda, a necessidade de reflexão e análise pela comunidade acadêmica, a respeito da produção de artigos científicos. Alguns estudos não apresentaram claramente sua pergunta de partida, ou hipóteses iniciais, ou traziam, ainda, mais de um objetivo geral, apresentados no decorrer do texto; representando aspectos que dificultaram a análise do material.

Como continuidade do presente estudo, sugerimos a realização de outras pesquisas que prossigam na investigação das Residências em Saúde, em especial sobre o impacto na formação dos residentes, sobre o sistema de saúde e seu custo-efetividade; podem ser feitas

também análises mais aprofundadas sobre outros programas nacionais que trabalhem com Residências em Área Profissional, ou com relação à outras experiências internacionais.

Por fim, avaliamos que as Residências em Saúde têm um potencial enorme de (trans)formação dos trabalhadores de saúde, e para tanto devem ser fruto de contínuas pesquisas, alvo de investimentos dos Ministérios da Saúde e Educação, em contínuo aprimoramento dos recursos humanos para o SUS, e a longo prazo, talvez, podem vir a se tornar também o “padrão ouro” da formação de profissionais de saúde, assim como já acontece na Medicina.

REFERÊNCIAS

AL-QADHEEB, N. S. et al. The first international residency program accredited by the american society of health-system pharmacists. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 76, n. 10, Article 190, 2012.

ALVES, C. C. et al. U. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 4, pp. 597-608, jul./ago. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732016000400597&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 24 jun 2017.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. R. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006, v. 1, pp. 183-836.

AREDES, M. A. et al. A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde. **J. Res.: fundam. care. online**, v. 5, n. 4, pp. 458-466, out/dez 2013.

BARBA, E. C.; PRADO, M. J. A.; BALLESTEROS, L. C. La evaluación de residentes en las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid: ¿qué opinan los residentes y sus tutores? **Educ Med**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.11.007>> Acesso em 26 jun 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARLETTA, J. F. Conducting a successful residency research Project. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 4, Article 92, 2008.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Residência em saúde da família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **Sanare**, v. 01, n. 01, pp. 18-26, 1999.

BARRETO, I. C. H. C. et al. A Residência em saúde da família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala. **Sanare**, v. 02, n. 03, pp. 18-28, 2000.

BEZERRA, T. C. A. et al. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-472, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun 2017.

BIBLIOTECA Prof. Paulo de Carvalho Mattos. **Tipos de revisão de literatura**. Faculdade de Ciências Agrônomicas, UNESP: Botucatu, 2015.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, pp. 575-586, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>> Acesso em: 20 ago 2014.

_____. Educação permanente em saúde como noção estratégica na formação e desenvolvimento para o SUS. In: BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf> Acesso em: 22 ago 2014.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117**, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2005. Disponível em: <http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria_ms-mec_2117_3-11-205_-_cert.pdf> Acesso em: 20 ago 2014.

_____. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 22 ago 2014.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2007. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6694> Acesso em: 22 ago 2014.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf> Acesso em: 20 ago 2014.

_____. CNRMS. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Resolução nº 02**, de 13 de abril de 2012a. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192> Acesso em: 26 nov 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 18 ago 2016.

_____. CNRMS. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Resolução nº 05**, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>> Acesso em: 26 nov 2016.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 16**, de 22 de dezembro de 2014. Atualiza o processo de designação dos membros da CNRMS e inclui áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2015. Disponível em: <http://www.editoramagister.com/legis_26323081_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_16_DE_22_DE_DEZEMBRO_DE_2014.aspx> Acesso em: 22 mar 2017.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 285**, de 24 de março de 2015. Redefine o programa de certificação de hospitais de ensino. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html> Acesso em: 22 mar 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 07 fev 2017.

BRATT, M. M. Nurse residency program: best practices for optimizing organizational success. **Journal for Nurses in Professional Development**, v. 29, n. 3, pp. 102-110, May/June 2013.

BRITES, L. S. et al. "A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, pp. 285-295, abr-jun 2014.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, pp. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22 ago 2014.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, pp. 141-144, Jan. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar 2016.

CARBOGIM, F. C. et al. Residência em enfermagem: a experiência de Juiz de fora do ponto de vista dos residentes. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, abr./jun. 2010.

CARVALHO, A. B.; NEPOMUCENO, L. B. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **Sanare**,

Sobral, v. 7, n. 2, pp. 31-37, jul/dez 2008. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/29/24>> Acesso em: 22 ago 2014.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 1, pp. 38-45, 2013.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, pp. 229-233. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.800>> Acesso em: 26 jun 2017.

CAVALCANTI, I. L. (RJ); SANT'ANA, J.M.B. A preceptoria em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. **Rev Elet Gestão Saúde**, v. 5, n. 3, 1045-1054, 2014.

CAVALCANTI-VALENTE, G. S.; ALVES-FROTA, M. C. Inserción de las enfermeras residentes en Salud Pública en el Programa Médico de La Familia: reporte de la experiencia. **Rev enferm Herediana.**, v. 4, n.7, pp. 50-54.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Residência Integrada em Saúde**. Fortaleza: 2013 [folheto].

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, pp. 219-230, out/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext> Acesso em: 22 ago 2014.

_____. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”: a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, pp. 233-235, jan/mar 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100022> Acesso em: 23 ago 2014.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 1, pp. 211-224, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000012014>> Acesso em: 24 jun 2017.

CHEADE, M. F. M. et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 3, pp. 592-595, jul/set 2013.

CLARK, C. A. et al. Assessment of factors influencing community pharmacy residents' pursuit of academic positions. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 1, Article 03, 2008.

CLEMENTE, A. et al. Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.1, pp.176-184, 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 259**, de 2001. Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em

Enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2592001_4297.html> Acesso em: 04 mai 2017.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 459**, de 2014. Estabelece os requisitos mínimos para o registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04592014_26170.html> Acesso em: 04 mai 2017.

CONRAD, P.; SKETRIS, I.; LANGILLE-INGRAM, E. Participants' perceptions of a multidisciplinary training program for graduate and postgraduate students in drug use management and policy. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 5, Article 102, 2013.

CORRÊA, L. Q. et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n 3, pp. 428-433, jul./set., 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010 (3ª ed).

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 759-776, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun 2017.

_____. Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, pp. 377-387, 2016.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, pp. 213-226, jan/mar 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100018> Acesso em: 18 ago 2014.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec**. Tese (Doutorado) – Université de Montreal, Montreal, Canadá, 1997.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf> Acesso em: 20 ago 2014.

DIAS, I. M. A. V. et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-267, Dez 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400257&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun 2017.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, Dez 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun 2017.

DRAGO, L. C. et al. A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, pp. 95-101, jan/mar 2013.

DUNN, B. L. et al. Survey of colleges of pharmacy to assess preparation for and promotion of residency training. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 74, n. 3, Article 43, 2010.

FERNANDES, M. N. S. et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 90-97, Dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400090&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 June 2017.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, pp. 113-128, 2012.

FERREIRA, A. P. A residência hospitalar como modalidade de especialização em psicologia clínica. **Psico. Cien. Prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, pp. 02-09, jun 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200002> Acesso em: 27 ago 2014.

FERREIRA, S. R. **Residência integrada em saúde**: uma modalidade de ensino em serviço. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 229-230, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico**, Paraná, v. 5, n. 18, pp. 05-06, mar 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>> Acesso em: 27 ago 2014.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, pp. 1421-1428, 2009.

FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, pp. 366-369. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.823>> Acesso em: 26 jun 2017.

FLINTER, M. From new nurse practitioner to primary care provider: bridging the transition through fqhc-based residency training. **OJIN**, 2011. Disponível em: <<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANA>> Acesso em: 03 jun 2017.

FROSSARD, A. G. S.; SILVA, E. C. S. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 281-288, Set 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802016000200281&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun 2017.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, pp. 239-255, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar 2016.

GADOTTI, M. **História das ideias pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1999. Disponível em <<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=bibliotpf&pagfis=3799>> Acesso em 20 ago 2017.

GETTIG, J. P.; SHEEHAN, A. H. Perceived value of a pharmacy resident teaching certificate program. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 5, Article 104, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017 (6ª ed).

GRECO, A.J. et al. Characteristics of postgraduate year two pharmacy residency programs with a secondary emphasis on academia. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 7, Article 143, 2013.

GONZALVO, J. D. et al. Redesign of a statewide teaching certificate program for pharmacy residents. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 4, Article 79, 2013.

GOULART, C. T. et al. A. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev. Rene**, v. 13, n.1, pp. 178-86, 2012.

GUIDO, L. A. et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, pp. 1477-83, 2012a. Disponível em: <www.scielo.br/reeusp> Acesso em: 25 jun 2017.

GUIDO, L. A. et al. Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, 08 telas, nov/dez 2012b. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 25 jun 2017.

HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 227-228, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun 2017.

IRWIN, A. N. et al. Challenges to publishing pharmacy resident research projects from the perspectives of residency program directors and residents. **Pharmacy Practice**, v. 11, n. 3, pp. 166-172, jul-set 2013. Disponível em: <www.pharmacypractice.org> Acesso em 25 jun 2017.

JESUS, M. L.; ARAUJO, D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, pp. 67-80, 2011.

JÚNIOR, F. J. L.; BARRETO, R. M.; VASCONCELOS, M. I. O. Posicionamento dos Coordenadores da Atenção Básica Sobre Egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Rev. Bras. Cie. Saúde**, v. 18, n. 4, pp. 325-332, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>> Acesso em: 25 jun 2017.

LANA, L. D.; BIRNER, J. A. Um relato de caso sobre a construção e elaboração do portfólio como metodologia avaliativa de aprendizagem. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 21, n. 3, p. 101-112, dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun 2017.

LANDIM, S. A.; BATISTA, N. A.; SILVA, G. T. R. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. **Rev. Bra. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, pp. 913-920, nov-dez 2010.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. Residência multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros. **Rev. Baiana Enf.**, Salvador, v. 26, n. 1, pp. 375-386, jan./abr. 2012.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 1, pp. 126-141, 2012.

LIN, P. S.; VISCARDI, M. K.; MCHUGH, M. D. Factors Influencing Job Satisfaction of New Graduate Nurses Participating in Nurse Residency Programs: A Systematic Review. **J Contin Educ Nurs**, v. 45, n. 10, pp. 439-452, October 2014.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, pp. 1273-1291, 2012.

LOEWEN, P. S.; JELESCU-BODOS, A. Learning styles and teaching perspectives of canadian pharmacy practice residents and faculty preceptors. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 8, Article 163, 2013.

LOEWEN, P. S. et al. The effect of transitioning from residency to pharmacy practice on learning style. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 78, n. 8, Article 147, 2014.

LUZ, A.R. et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. **Rev Eletr Gestão Saúde**, v. 7, n. 1, pp. 270-281, 2016.

MAGNABOSCO, G. et al. Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem. **Semina**, Londrina, v. 36, n. 1, pp. 73-80, ago. 2015.

MANHO, F.; SOARES, L.B. T.; NICOLAU, S. M. Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos. **Rev Ter**

Ocup Univ., São Paulo, v. 24, n. 3, pp. 233-241, set-dez 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p233-41>> Acesso em: 25 jun 2017.

MARQUES, R. C. et al. Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 36, n. 3, pp. 401-406, 2012.

MARTINS, G. D. M. et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300405&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun 2017.

MCNATTY, D.; COX, C. D.; SEIFERT, C.F. Assessment of teaching experiences completed during accredited pharmacy residency programs. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 71, n. 5, Article 88, 2007.

MEIRA, M. A.; SILVA, M. O. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional. **Rev. Bras. Cie. Saúde**, v. 15, n. 3, pp. 369-376, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>> Acesso em: 25 jun 2017.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVEA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, pp. 706-714, 2014. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em: 24 jun 2017.

_____. Nursing Preceptorship in Multiprofessional Residency in Oncology: a Descriptive Study. **Online braz j nurs** [internet], v. 13, n. 4, pp. 656-666, set 2014. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4567>

MENDES, L. C. et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, Jan/Jun - 2011.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, pp. 758-764, 2008.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, pp. 172-174, fev 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013 (13ª ed).

MIRANDA JÚNIOR, U. J. P. **Comissão nacional de residência médica**: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil. 1997. 102f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1997.

MITRE, R. M. A. Terapia ocupacional nos contextos hospitalares: possibilidades e desafios da residência multiprofissional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, pp. 191-

194, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.017>> Acesso em: 25 jun 2017.

MORAIS, J. L.; CASTRO, E. S. A.; SOUZA, A. M. A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. **Psic. Rev.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, pp. 389-401, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2012v18n3p389>> Acesso em: 15 mar 2015.

MORTON, J.; KOVAL, P.; GAL, P. Pharmacy residency match rates and predictors. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 10, Article 212, 2013.

NAPLES, J. G.; ROTHROCK-CHRISTIAN, T.; BROWN, J.N. Characteristics of postgraduate year 1 pharmacy residency programs at Veterans Affairs Medical Centers. **J Pharm Pract**, v. 28, n. 4, pp. 425-429, August 2015.

NAPPI, L. M. An academician preparation program for pharmacy residentes. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 5, Article 101, 2013.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME**, Minas Gerais, v. 10, n. 4, pp. 435-439, out/dez 2006. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>> Acesso em: 31 mai 2017.

_____. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, pp. 814-827, 2010. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29705/31580> Acesso em: 22 ago 2014.

NETO, M. V. M.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Ver. Bras. Enferm.** v. 68, n. 4, pp 586-93, jul-ago 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>> Acesso em: 24 jun 2017.

OLIVEIRA, F. G. V. C.; CARVALHO, M. A. P.; OLIVEIRA, S. S. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface**, v.17, n.44, pp.201-209, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, E. B. et al. Esforço e recompensa no trabalho do enfermeiro residente em unidades especializadas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, pp. 173-178, abr-jun 2013.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, pp.94-106, 2012.

PAIVA, L. F. A. et al. A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 595-600, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.061>> Acesso em: 25 jun 2017.

PANTOJA, W. M. S. O curso de pós-graduação lato sensu em Farmácia Hospitalar em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e suas relações na formação de recursos humanos para atuação na Rede de Atenção Oncológica. **RBPG**, Brasília, v. 11, n. 26, p. 1139-1155, dez 2014.

PEETERS, M. J.; SERRES, M. L.; GUNDRUM, T. E. Improving reliability of a residency interview process. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 8, Article 168, 2013.

PEREIRA, C.S.F.; TAVARES, C.M.M.; ROSAS, A.M.M.T.F. Impacting factors on preceptorship development in an HIV/AIDS specialized service: an ethnographic research. **Online braz j nurs** [internet], v. 15, n. 4, pp. 624-631, Dec 2016. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5486>

PHILLIPS, J. A. et al. Student characteristics associated with successful matching to a PGY1 residency program. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 5, Article 84, 2016.

PHILLIPS, B. B. et al. An elective course on postgraduate residency training. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 76, n. 9, Article 174, 2012.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acesso em: 15 mai 2016

RAMOS, M. N. A Educação profissional pela pedagogia das competências: para além da superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.**, v. 23, n. 80, Campinas, 2002.

RAMOS, A. S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 22 ago 2014.

RIBEIRO, M. A. A. Apontamentos sobre a residência médica no Brasil. **Consultoria Legislativa**, Brasília, Câmara dos Deputados, Maio 2011. Disponível em: <www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/...da.../2011_123_.pdf> Acesso em: 10 mar 2016.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, pp. 161-165, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>> Acesso em: 25 jun 2017.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, pp. 479-498, 2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r267.pdf>> Acesso em: 22 ago 2014.

_____. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 21, n. 2, p. 637-660, Jul 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772016000200637&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun 2017.

ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, pp. 1011-1031, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300017>> Acesso em: 24 jun 2017.

SALES, R. C. O papel do fisioterapeuta residente multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, pp. 500-504, jul/set 2016.

SALVADOR, A. S. et al. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, pp. 329-338, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/10834/6820>> Acesso em: 23 ago 2014.

SANCHES, V. S. et al. Burnout e qualidade de vida em uma residência multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 40, n. 3, pp. 430-436, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>> Acesso em: 25 jun 2017.

SANOU, A. S.; AWOYALE, F.A.; DIALLO, A. An interventional model to develop health professionals in West Africa. **Pan African Medical Journal**, 18:152, 2014. Disponível em: <www.panafrican-med-journal.com> Acesso em: 25 jun 2017.

SANTOS, V. P. (SP); WHITAKER, I.Y. (SP); ZANEI, S.S.V. Especialização em enfermagem modalidade residência em unidade de terapia intensiva: egressos no mercado de trabalho. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, pp. 193-199, 2007.

SANTOS, E. R. (SP); LANZA, L. M. B. (PR); CARVALHO, B. G. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 16-25, jan./jul. 2011.

SANTOS, I. G.; BATISTA, N. A.; DEVINCENZI, M. U. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, pp. 349-360, 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, pp. 3203-3212, 2013.

SCHMALLER, V. P. V. et al. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 346 - 361, ago./dez. 2012.

SHANNON, S. B.; BRADLEY-BAKER, L. R.; TRUONG, H. A. Pharmacy residencies and dual degrees as complementary or competitive advanced training opportunities. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 76, n. 8, Article 145, 2012.

SHIN, T. R. et al. Pharmacy residents' pursuit of academic positions. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 3, Article 38, 2015.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 3, pp. 49-54, set 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2014.03.44512>> Acesso em: 24 jun 2017.

SILVA, C. T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, pp. 01-09, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>> Acesso em: 24 jun 2017.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **Rev Enferm UFSM**, v. 3 (Esp.), pp. 627-635, 2013.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista Enferm**. São Paulo, v. 28, n.2, pp. 132-138, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201500023>> Acesso em: 24 jun 2017.

SILVA, T. A. M.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Cursos de especialização e residência em saúde da família: uma análise sobre os enfoques de avaliação. **REME**, v. 15, n. 1, pp. 129-134, jan./mar. 2011.

SIMONETTI, S. H. et al. Perfil e expectativas dos ingressantes no curso de residência em enfermagem cardiovascular entre 1980 e 2004. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, pp. 376-380, jul/set 2007.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, n. 48, v. 2, pp. 335-345, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, n. 8, v. 1, pp. 102-106, 2010.

STOVER, K. R. et al. Impact of a residency interest group on students applying for residency. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 78, n. 6, Article 127, 2014.

SWANOSKI, M. T. et al. Incorporating research into a postgraduate year 1 pharmacy residency. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 76, n. 9, Article 175, 2012.

TORRES, R. B. S.; BARRETO, I. C. H. C.; CARVALHO, J. B. Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, pp. 370-376, 2015. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/824/719>> Acesso em: 20 mar 2016.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. (dissertação de mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. Disponível em: <

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>> Acesso em: 20 jan 2017.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, pp.53-77, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00080>> Acesso em: 24 jun 2017.

XAVIER, D.; KNUTH, A. G. Mapeamento da Educação Física em programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sul do Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 21, n. 6, pp. 551-560, 2016.

WAHL, K. R. et al. Impact and application of material learned in a pharmacy residency teaching certificate program. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 78, n. 6, Article 123, 2014.

WANAT, M. A.; GAREY, K. W. A blueprint for transitioning pharmacy residents into successful clinical faculty members in colleges and schools of pharmacy. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 9, Article 200, 2013.

WEIJEN, D.V. **The Language of (Future) Scientific Communication**. Disponível em <<https://www.researchtrends.com/issue-31-november-2012/the-language-of-future-scientific-communication/>> Acesso em: 15 mai 2017.

WOTTRICH, S. H. et al. Formação em serviço: um relato de experiência da inserção da psicologia no Programa de Residência Integrada em Saúde no Instituto de Cardiologia do RS. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jun. 2007.

ZAPATKA, S. A. et al. Pioneering a primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship. **JNP**, v. 10, n. 6, pp. 378-386, June 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.03.018>> Acesso em: 25 jun 2017.

APÊNDICE I – MATRIZ DE COLETA DOS DADOS (adaptado de Ursi, 2005)

| |
|-----------------------|
| BASE DE DADOS: |
| DESCRITOR: |

| | |
|---|--|
| ARTIGO Nº | |
| TÍTULO: | |
| PERIÓDICO: | |
| ANO: | |
| AUTORES, LOCAL: | |
| PALAVRAS- CHAVE: | |
| QUAL É A QUESTÃO DA PESQUISA? | |
| QUAIS FORAM OS OBJETIVOS? | |
| QUAIS OS SUJEITOS DO ESTUDO? | |
| METODOLOGIA EMPREGADA: | |
| PRINCIPAIS RESULTADOS: | |
| PRINCIPAIS DISCUSSÕES: | |
| PRINCIPAIS CONCLUSÕES: | |
| QUAIS PESQUISAS FUTURAS SERÃO NECESSÁRIAS? | |

APÊNDICE II – ARTIGOS ANALISADOS

| CÓDIGO | TÍTULO | AUTORES | PERIÓDICO ANO |
|---------------|--|--|---|
| S00 | Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? | DALLEGRAVE, D. (RS); CECCIM, R. B. (RS) | INTERFACE 2013 |
| S01 | A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde | DIAS, I. M. A. V. (SP); ET AL | SAÚDE DEBATE 2016 |
| S02 | Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos | FROSSARD, A. G. S. (RJ); SILVA, E. C. S. (CE) | KATÁLYSIS 2016 |
| S03 | Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores | BEZERRA, T. C. A. (PE); ET AL | TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE 2016 |
| S04 | Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde | ALVES, C. C. (SP); ET AL | REVISTA DE NUTRIÇÃO 2016 |
| S05 | Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde | ROSA, S. D. (SP); LOPES, R. E. (SP) | REVISTA DA AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR 2016 |
| S06 | Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde | SILVA, C. T. (RS); ET AL | TEXTO E CONTEXTO - ENFERMAGEM 2016 |
| S07 | Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica | MARTINS, G. D. M. (RS); ET AL | REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM 2016 |
| S08 | Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde | FERNANDES, M. N. S. (RS); ET AL | REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM 2015 |
| S09 | Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde | DOMINGOS, C. N. (PR); NUNES, E.F. P. A. (PR); CARVALHO, B. G. (PR) | INTERFACE 2015 |
| S10 | Um relato de caso sobre a construção e elaboração do portfolio como metodologia avaliativa de aprendizagem | LANA, L. D. (RS); BIRNER, J. A. (RS) | CIENCIA Y ENFERMERÍA 2015 |
| S11 | Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos | ROSSONI, E. (RS) | PHYSIS 2015 |
| S12 | Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos | NETO, M. V. M. (SP); LEONELLO, V. M. (SP); OLIVEIRA, M. A. C. (SP) | REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM 2015 |
| S13 | Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional | SILVA, J. C. (MG); ET AL | ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM 2015 |
| S14 | A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional | CEZAR, P. K. (RS); RODRIGUES, P. M. (RS); ARPINI, D. M. (RS) | PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO 2015 |
| S15 | Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores | VASCONCELOS, M. I. O (CE); ET AL | TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE 2015 |

| | | | |
|------------|---|--|---|
| S16 | Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso | SILVA, C. T. (RS); ET AL | REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM 2014 |
| S17 | Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem | MELO, M. C. (RJ); QUELUCI, G. C. (RJ); GOUVEA, M. V. (RJ) | REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM USP 2014 |
| S18 | "A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil | BRITES, L. S. (RS); ET AL | SAÚDE DEBATE 2014 |
| S19 | A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família | SCHERER, M. D. A. (DF); PIRES, D. E. P. (SC); JEAN, R. (Marseille) | CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA 2013 |
| S20 | A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família | OLIVEIRA, F. G. V. C. (RJ); CARVALHO, M. A. P. (RJ); OLIVEIRA, S. S. (RJ) | INTERFACE 2013 |
| S21 | Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública | GUIDO, L. A. (RS); ET AL | REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM USP 2012 |
| S22 | Preceptoría de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE | PAGANI, R. (DF); ANDRADE, L. O. M. (CE) | SAÚDE E SOCIEDADE 2012 |
| S23 | Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental | LIMA, M. (BA); SANTOS, L. (BA) | PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO 2012 |
| S24 | A dimensão política na formação dos profissionais de saúde | LOBATO, C. P. (DF); MELCHIOR, R. (PR); BADUY, R. S. (PR) | PHYSIS 2012 |
| S25 | Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia | JESUS, M. L. (BA); ARAÚJO, D. (BA) | PSICOLOGIA TEORIA E PRÁTICA 2011 |
| S26 | Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia | MENDES, L. C. (BA); ET AL | REVISTA SBPH 2011 |
| S27 | Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família | NASCIMENTO, D. D. G. (SP); OLIVEIRA, M. A. C. (SP) | SAÚDE E SOCIEDADE 2010 |
| S28 | Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família | LANDIM, S. A. (SP); BATISTA, N. A. (SP); SILVA, G. T. R. (SP) | REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM 2010 |
| S29 | Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos | ROSA, S. D. (SP); LOPES, R. E. (SP) | TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE 2009 |
| S30 | Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família | FERREIRA, R. C. (SP); VARGA, C. R. R. (SP); SILVA, R. F. (SP) | CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA 2009 |
| S31 | No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde | DALLEGRAVE, R. S. (RS); KRUSE, M. H. L. (RS) | INTERFACE 2009 |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| S32 | Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica | CLEMENTE, A. (SP); ET AL | SAÚDE E SOCIEDADE 2008 |
| S33 | Formação em serviço: um relato de experiência da inserção da psicologia no Programa de Residência Integrada em Saúde no Instituto de Cardiologia do RS | WOTTRICH, S. H. (RS); ET AL | REVISTA SBPH 2007 |
| S34 | Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde | DALLEGRAVE, D. (RS); CECCIM, R. B. (RS) | INTERFACE 2016 |
| L01 | Mapeamento da Educação Física em programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sul do Brasil | XAVIER, D. (RS); KNUTH, A. G. (RS) | REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE 2016 |
| L02 | Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos | SANCHES, V. S. (MS); ET AL | REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 2016 |
| L03 | Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde | CASANOVA, I. A. (SP); BATISTA, N. A. (SP); RUIZ-MORENO, L. (SP) | ABCS HEALTH SCIENCES 2015 |
| L04 | Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? | FIORANO, A. M. M. (SP); GUARNIERI, A. P. (SP) | ABCS HEALTH SCIENCES 2015 |
| L05 | Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia | TORRES, R. B. S. (CE); BARRETO, I. C. H. C. (CE); CARVALHO, J. B. (PI) | ABCS HEALTH SCIENCES 2015 |
| L06 | Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista | SANTOS, I. G. (SP); BATISTA, N. A. (SP); DEVINCENZI, M. U. (SP) | INTERFACE 2015 |
| L07 | A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde | CORRÊA, L. Q. (RS); ET AL | REVISTA BRASILEIRA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE 2014 |
| L08 | Posicionamento dos Coordenadores da Atenção Básica Sobre Egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família | JÚNIOR, F. J. L. (CE); BARRETO, R. M. (CE); VASCONCELOS, M. I. O. (CE) | REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE 2014 |
| L09 | Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos | MANHO, F. (SP); SOARES, L. B. T. (SP); NICOLAU, S. M. (SP) | REVISTA TERAPIA OCUPACIONAL USP 2013 |
| L10 | A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde | AREDES, M. A. (RJ); ET AL | JOURNAL OF RESEARCH: FUNDAMENTAL CARE ONLINE 2013 |
| L11 | A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade | PAIVA, L. F. A. (CE); ET AL | CADERNO DE TERAPIA OCUPACIONAL 2013 |
| L12 | Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade | CHEADE, M. F. M. (MS); ET AL | COGITARE ENFERMAGEM 2013 |

| | | | |
|------------|---|---|---|
| L13 | Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional | CARVALHO, C. N. (PE); ET AL | JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA 2013 |
| L14 | A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia | MORAIS, J. L. (SP); CASTRO, E.S. A. (PA); SOUZA, A. M. (PA) | PSICOLOGIA EM REVISTA 2012 |
| L15 | Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família | SCHMALLER, V. P. V. (PE); ET AL | TEXTOS E CONTEXTOS 2012 |
| L16 | Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública | GOULART, C. T. (RS); ET AL | RENE 2012 |
| L17 | Terapia ocupacional nos contextos hospitalares: possibilidades e desafios da residência multiprofissional | MITRE, R. M. A. (RJ) | CADERNO DE TERAPIA OCUPACIONAL 2012 |
| L18 | Residência multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros | LANDIM, S. A. (SP); SILVA, G. T. R. (BA); BATISTA, N. A. (SP) | REVISTA BAIANA DE ENFERMAGEM 2012 |
| L19 | Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade | SALVADOR, A. S. (PB); ET AL | REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE 2011 |
| L20 | Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional | MEIRA, M. A. (PB); SILVA, M. O. (PB) | REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE 2011 |
| L21 | A política de formação de profissionais da saúde para o sus: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família | NASCIMENTO, D. D. G. (SP); OLIVEIRA, M. A. C. (SP) | REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM 2006 |
| L22 | O papel do fisioterapeuta residente multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência | SALES, R. C. (PE) | REVISTA APS 2016 |
| L23 | Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem | MAGNABOSCO, G. (PR); ET AL | SEMINA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE 2015 |
| L24 | A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão | RIBEIRO, K.R.B. (RN); PRADO, M. L. (SC) | REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM 2013 |
| L25 | Esforço e recompensa no trabalho do enfermeiro residente em unidades especializadas | OLIVEIRA, E. B. (RJ); ET AL | REVISTA DE ENFERMAGEM UERJ 2013 |
| L26 | A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios | DRAGO, L. C. (SC); ET AL | COGITARE ENFERMAGEM 2013 |
| L27 | Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais | GUIDO, L. A. (RS); ET AL | REVISTA LATINO- AMERICANA DE ENFERMAGEM 2012 |
| L28 | Residência em enfermagem: a experiência de Juiz de fora do ponto de vista dos residentes | CARBOGIM, F. C. (MG); ET AL | REVISTA APS 2010 |
| L29 | Perfil e expectativas dos ingressantes no curso de residência em enfermagem cardiovascular entre 1980 e 2004 | SIMONETTI, S. H.(SP); ET AL | REVISTA DE ENFERMAGEM UERJ 2007 |

| | | | |
|------------|--|--|---|
| L30 | Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino | MARQUES, R. C. (PE); ET AL | REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 2012 |
| L31 | Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro | SOUSA, C. S. (SP); ET AL | REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA 2016 |
| L32 | Inserción de las enfermeras residentes en Salud Pública en el Programa Médico de La Familia: reporte de la experiencia (Inserção do enfermeiro Residente em Saúde Coletiva no Programa Médico de Família: Relato de Experiência) | CAVALCANTI- VALENTE, G. S. (RJ); ALVES-FROTA, M. C. (RJ) | REVISTA DE ENFERMAGEM HEREDIANA 2014 |
| L33 | Cursos de especialização e residência em saúde da família: uma análise sobre os enfoques de avaliação | SILVA, T. A. M. (SP); FRACOLLI, L. A. (SP); CHIESA, A. M. (SP) | REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM 2011 |
| L34 | Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar | SILVA, C. T. (RS); ET AL | REVISTA DE ENFERMAGEM UFSM 2013 |
| M01 | Student characteristics associated with successful matching to a PGY1 residency program (Características associadas dos estudantes com correspondência bem-sucedida a um programa de residência PGY1) | PHILLIPS, J. A.; ET AL. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2016 |
| M02 | Pharmacy residents' pursuit of academic positions (A busca de residentes de farmácia por funções acadêmicas) | SHIN, T. R.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2015 |
| M03 | Characteristics of postgraduate year 1 pharmacy residency programs at Veterans Affairs Medical Centers (Características dos programas de residência de farmácia de pós-graduação do ano 1 em Centros Médicos de Veteranos) | NAPLES, J. G.; ET AL – EUA | J. PHARM PRACT 2015 |
| M04 | The effect of transitioning from residency to pharmacy practice on learning style (O efeito da transição da residência para a prática de farmácia a partir dos estilos de aprendizagem) | LOEWEN, P. S.; ET AL – CANADÁ | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2014 |
| M05 | Impact of a residency interest group on students applying for residency (Impacto de um grupo de interesse de residência em estudantes que aplicam para residência) | STOVER, K. R.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2014 |
| M06 | Impact and application of material learned in a pharmacy residency teaching certificate program (Impacto e aplicação de material aprendido em um programa de certificado de ensino de residência de farmácia) | WAHL, K. R.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2014 |
| M07 | Pharmacy residency match rates and predictors (Taxas e preditores de correspondência de residência de farmácia) | MORTON, J.; KOVAL, P.; GAL, P. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |

| | | | |
|------------|--|---|--|
| M08 | An interventional model to develop health professionals in West Africa (Um modelo intervencionista para desenvolver profissionais de saúde na África Ocidental) | SANOUE, A. S.; AWOYALE, F.A.; DIALLO, A. - Burkina Faso | THE PAN AFRICAN MEDICAL JOURNAL 2014 |
| M09 | Factors Influencing Job Satisfaction of New Graduate Nurses Participating in Nurse Residency Programs: A Systematic Review (Fatores que influenciam a satisfação no trabalho dos novos enfermeiros graduados que participam em programas de residência de enfermagem: uma revisão sistemática) | LIN, P. S.; VISCARDI, M. K.; MCHUGH, M. D. – EUA | J CONTIN EDUC NURS 2014 |
| M10 | Pioneering a primary care adult nurse practitioner ¹ interprofessional fellowship (Pioneirismo em um estágio interprofissional de prática de enfermagem na atenção primária de adultos) | ZAPATKA, S. A.; ET AL.- EUA | THE JOURNAL FOR NURSE PRACTITIONERS 2014 |
| M11 | A blueprint for transitioning pharmacy residents into successful clinical faculty members in colleges and schools of pharmacy (Um plano para transição de residentes de farmácia em professores clínicos bem-sucedidos em faculdades e escolas de farmácia) | WANAT, M. A.; GAREY, K. W. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M12 | Improving reliability of a residency interview process (Melhorando a confiabilidade de um processo de entrevista de residência) | PEETERS, M. J.; SERRES, M. L.; GUNDRUM, T. E. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M13 | Learning styles and teaching perspectives of canadian pharmacy practice residents and faculty preceptors (Estilos de aprendizagem e perspectivas de ensino de residentes e preceptores da faculdade de farmácia canadense) | LOEWEN, P. S.; JELESCU-BODOS, A. – CANADÁ | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M14 | Characteristics of postgraduate year two pharmacy residency programs with a secondary emphasis on academia (Características dos programas de residência de farmácia de pós-graduação do ano dois com ênfase secundária na academia) | GRECO, A.J.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M15 | Challenges to publishing pharmacy resident research projects from the perspectives of residency program directors and residentes (Desafios à publicação de projetos de pesquisa de residentes em farmácia a partir das perspectivas dos diretores dos programas e residentes) | IRWIN, A. N.; ET AL – EUA | PHARMACY PRACTICE 2013 |

¹ A enfermeira que é qualificada para tratar determinadas condições médicas sem a supervisão direta de um médico

| | | | |
|------------|--|---|--|
| M16 | Participants' perceptions of a multidisciplinary training program for graduate and postgraduate students in drug use management and policy (Percepções dos participantes de um programa de treinamento multidisciplinar para estudantes de graduação e pós-graduação em gerenciamento e política de uso de drogas) | CONRAD, P.; SKETRIS, I.; LANGILLE-INGRAM, E. – CANADÁ | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M17 | An academican preparation program for pharmacy residentes (Um programa de preparação acadêmica para residentes de farmácia) | NAPPI, L. M. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M18 | Redesign of a statewide teaching certificate program for pharmacy residentes (Redesign de um programa de certificado de ensino em todo o estado para residentes de farmácia) | GONZALVO, J. D.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2013 |
| M19 | The first international residency program accredited by the american society of health-system pharmacists (O primeiro programa de residência internacional credenciado pela Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde) | AL-QADHEEB, N. S.; ET AL – ARABIA SAUDITA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2012 |
| M20 | Incorporating research into a postgraduate year 1 pharmacy residency (Incorporando pesquisa em uma residência de farmácia em pós-graduação de um ano) | SWANOSKI, M. T.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2012 |
| M21 | An elective course on postgraduate residency training (Um curso eletivo para formação de pós-graduação em residência) | PHILLIPS, B. B.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2012 |
| M22 | Pharmacy residencies and dual degrees as complementary or competitive advanced training opportunities (Residências de farmácia e duplas graduações como oportunidades de treinamento avançado complementares ou competitivas) | SHANNON, S. B.; BRADLEY-BAKER, L. R.; TRUONG, H. A. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2012 |
| M23 | From new nurse practitioner to primary care provider: bridging the transition through fqhc-based residency training (Do novo profissional de enfermagem ao provedor de cuidados primários: encaminhando a transição através do treinamento de residência baseado em um centro de saúde com qualificação federal) | FLINTER, M. – EUA | THE ONLINE JOURNAL OF ISSUES IN NURSING 2011 |
| M24 | Psychiatric pharmacy residency training (Treinamento de residência de farmácia psiquiátrica) | STONER, S. C.; OTT, C. A.; DIPAULA, B. A. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2010 |
| M25 | Survey of colleges of pharmacy to assess preparation for and promotion of residency training (Pesquisa de faculdades de farmácia para avaliar a preparação e promoção do treinamento de residência) | DUNN, B. L.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2010 |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| M26 | Perceived value of a pharmacy resident teaching certificate program (Valor percebido em um programa de certificado de ensino de residentes de farmácia) | GETTIG, J. P.; SHEEHAN, A. H. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2008 |
| M27 | Conducting a successful residency research project (Realizando um projeto de pesquisa de residência bem-sucedido) | BARLETTA, J. F. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2008 |
| M28 | First-year residency candidates' experience in various areas of pharmacy practice (Experiência de candidatos de residência de primeiro período em várias áreas de prática de farmácia) | GARRIS, K.; ET AL – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2008 |
| M29 | Assessment of factors influencing community pharmacy residents' pursuit of academic positions (Avaliação dos fatores que influenciam residentes de farmácia comunitária a seguir carreiras acadêmicas) | CLARK, C. A.; ET AL - EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2008 |
| M30 | Assessment of teaching experiences completed during accredited pharmacy residency programs (Avaliação de experiências de ensino concluídas durante programas de residência de farmácia credenciados) | MCNATTY, D.; COX, C. D.; SEIFERT, C.F. – EUA | AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION 2007 |
| C01 | Impacting factors on preceptorship development in an HIV/AIDS specialized service: an ethnographic research (Fatores de impacto no desenvolvimento de preceptoría em um serviço especializado em HIV/AIDS: uma pesquisa etnográfica) | PEREIRA, C.S.F. (RJ); TAVARES, C.M.M. (RJ); ROSAS, A.M.M.T.F. (RJ) | ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING 2016 |
| C02 | Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional | LUZ, A.R. (MG); ET AL | REVISTA ELETRÔNICA GESTÃO & SAÚDE 2016 |
| C03 | Nursing Preceptorship in Multiprofessional Residency in Oncology: a Descriptive Study (Preceptoría de enfermagem na Residência Multiprofissional em Oncologia: um estudo descritivo) | MELO, M.C. (RJ); QUELUCI, G.C. (RJ); GOUVÊA, M. V. (RJ) | ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING 2014 |
| C04 | A preceptoría em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades | CAVALCANTI, I. L. (RJ); SANT'ANA, J.M.B. (RJ) | REVISTA ELETRÔNICA GESTÃO & SAÚDE 2014 |
| C05 | Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família | SANTOS, E. R. (SP); LANZA, L. M. B. (PR); CARVALHO, B. G. (PR) | TEXTOS E CONTEXTOS 2011 |
| C06 | Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado | GERLACK, L. F. (RS); ET AL | REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE 2009 |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| C07 | La evaluación de residentes en las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid: ¿qué opinan los residentes y sus tutores? (Avaliação dos residentes em unidades de ensino de Família e Comunidade Cuidados Madrid: o que os residentes e seus tutores acham?) | BARBA, E. C.; PRADO, M. J. A.; BALLESTEROS, L. C. – ESPANHA | EDUCACIÓN MÉDICA 2016 |
| C08 | O curso de pós-graduação lato sensu em Farmácia Hospitalar em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e suas relações na formação de recursos humanos para atuação na Rede de Atenção Oncológica | PANTOJA, W. M. S. (RJ) | REVISTA BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO 2014 |
| C09 | Nurse residency program: best practices for optimizing organizational success (Programa de residência de enfermagem: melhores práticas para otimizar o sucesso organizacional) | BRATT, M. M. – EUA | JOURNAL FOR NURSES IN PROFESSIONAL DEVELOPMENT 2013 |
| C10 | Especialização em enfermagem modalidade residência em unidade de terapia intensiva: egressos no mercado de trabalho | SANTOS, V.P. (SP); WHITAKER, I.Y. (SP); ZANEI, S.S.V. (SP) | REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM 2007 |

APÊNDICE III – QUANTIDADE DE DESCRITORES POR LÍNGUA

| PORTUGUÊS | INGLÊS | ESPAÑHOL |
|--|---|-------------------------------|
| Antropologia cultural | <i>Academia (4x)</i> | <i>Brasil</i> |
| Aprendizagem | <i>Academic careers</i> | <i>Educación médica</i> |
| Aprendizagem baseada em problemas | <i>Academic pharmacy</i> | <i>Enfermería</i> |
| Aprendizagem em ensino-serviço | <i>Academic residency</i> | <i>Enfermería Comunitaria</i> |
| Assistência ambulatorial | <i>Accreditation</i> | <i>Evaluación</i> |
| Assistência ao paciente | <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> | <i>Medicina de Familia</i> |
| Assistência integral à saúde | <i>Active learning</i> | <i>Residentes</i> |
| Atenção Básica (2x) | <i>Advanced educational training</i> | <i>Salud de familia</i> |
| Atenção Primária à Saúde (3x) | <i>American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)</i> | <i>Salud pública</i> |
| Atuação do psicólogo | <i>Assessment (2x)</i> | - |
| Avaliação (2x) | <i>Career (2x)</i> | - |
| Avaliação de programas | <i>Career preparation</i> | - |
| Avaliação de programas e projetos de saúde | <i>Clinical faculty</i> | - |
| Avaliação em saúde | <i>College of pharmacy</i> | - |
| Capacitação de Recursos Humanos em Saúde | <i>Community pharmacy residentes</i> | - |
| Capacitação em Serviço (6x) | <i>Curriculum</i> | - |
| Capacitação profissional | <i>Dual degree</i> | - |
| Cardiologia | <i>Education (3x)</i> | - |
| Cidadania | <i>Elective</i> | - |
| Co-Gestão | <i>Engaged scholarship</i> | - |
| Competência clínica (2x) | <i>Faculty</i> | - |
| Competência profissional (2x) | <i>Faculty preceptor</i> | - |
| Comportamento Social | <i>Faculty recruitment</i> | - |
| Comunicação | <i>Federally Qualified Health Centers</i> | - |
| Cuidados críticos | <i>Graduate</i> | - |
| Cuidados de enfermagem | <i>Graduate program</i> | - |
| Cuidados paliativos | <i>Health professional</i> | - |
| Desenvolvimento de pessoal | <i>HIV</i> | - |
| Diário reflexivo | <i>Human resource</i> | - |
| Educação (3x) | <i>International residency program</i> | - |
| Educação Continuada (5x) | <i>Internship, Nonmedical</i> | - |
| Educação de Pós-Graduação (3x) | <i>Interpersonal Relationships</i> | - |
| Educação de Pós-Graduação em Enfermagem (4x) | <i>Interprofessional fellowship</i> | - |
| Educação em Enfermagem (8x) | <i>Interventional model</i> | - |
| Educação em Saúde (5x) | <i>Interview</i> | - |
| Educação Farmacêutica | <i>Knowledge co-production</i> | - |
| Educação Física | <i>Leadership (2x)</i> | - |

| | | |
|---|--|---|
| Educação Física e Treinamento | <i>Learning styles (2x)</i> | - |
| Educação Médica (4x) | <i>Master's degree</i> | - |
| Educação Permanente | <i>Match</i> | - |
| Educação Permanente em Saúde (2x) | <i>Matching</i> | - |
| Educação Profissional em Saúde Pública | <i>Nurse practitioner residencies</i> | - |
| Educação Superior (3x) | <i>Nurse practitioners (2x)</i> | - |
| Enfermagem (10x) | <i>Nursing</i> | - |
| Enfermagem oncológica | <i>Pharmaceutical policy</i> | - |
| Ensino | <i>Pharmacists</i> | - |
| Ensino em serviço | <i>Pharmacy (2x)</i> | - |
| Epidemiologia Analítica | <i>Pharmacy curriculum</i> | - |
| Equipe de assistência ao paciente (4x) | <i>Pharmacy faculty</i> | - |
| Equipe interdisciplinar de saúde | <i>Pharmacy faculty shortage</i> | - |
| Equipe interdisciplinar de saúde/educação | <i>Pharmacy practice (2x)</i> | - |
| Equipe multiprofissional | <i>Pharmacy residencies</i> | - |
| Ergologia | <i>Pharmacy residency (2x)</i> | - |
| Esforço | <i>Pharmacy residentes</i> | - |
| Esgotamento Profissional (3x) | <i>Postgraduate education (2x)</i> | - |
| Especialização (2x) | <i>Postgraduate nursing education</i> | - |
| Estratégia Saúde da Família | <i>Postgraduate training (2x)</i> | - |
| Estresse | <i>Preceptorship (2x)</i> | - |
| Estudantes | <i>Predictor</i> | - |
| Estudos Culturais | <i>Primary care (2x)</i> | - |
| Estudos de casos (2x) | <i>Problem-Based Learning</i> | - |
| Farmácia Hospitalar | <i>Project</i> | - |
| Fisioterapia | <i>Psychiatric pharmacy</i> | - |
| Formação de Recursos Humanos (2x) | <i>Psychometrics</i> | - |
| Formação de trabalhadores da saúde | <i>Publishing</i> | - |
| Formação do psicólogo | <i>Reliabilit</i> | - |
| Formação profissional em saúde (2x) | <i>Research (2x)</i> | - |
| Gestão pública | <i>Research</i> | - |
| Governamentalidade | <i>Research training</i> | - |
| Hospital (2x) | <i>Residency (15x)</i> | - |
| Inovação organizacional | <i>Residency training (6x)</i> | - |
| Interdisciplinariedade | <i>Resident</i> | - |
| Internato (2x) | <i>Resident teaching</i> | - |
| Internato e Residência (14x) | <i>Saudi Arabia</i> | - |
| Internato não médico (12x) | <i>Scholarship of Teaching and Learning Lertificate (STLC) program</i> | - |
| Internato/residência | <i>Service-learning</i> | - |
| Interprofissional | <i>Students</i> | - |
| Modernidade Líquida | <i>Survey (2x)</i> | - |
| Nutrição | <i>Teaching</i> | - |

| | | |
|--|--|---|
| Nutricionista | <i>Teaching certificate</i> | - |
| Ocupações relacionadas com saúde/educação | <i>Teaching certificate program (3x)</i> | - |
| Oncologia | <i>Teaching experience</i> | - |
| Oncologia/educação | <i>Teaching perspectives</i> | - |
| Organização e administração | <i>Transition</i> | - |
| Pesquisa em educação em Enfermagem (2x) | <i>United States</i> | - |
| Pesquisa qualitativa | <i>Veterans Affairs</i> | - |
| Pessoal de Saúde | <i>West African Health Organization</i> | - |
| Pessoal Técnico de Saúde | - | - |
| Poder (2x) | - | - |
| Política de saúde | - | - |
| Políticas públicas de saúde | - | - |
| Portfólio | - | - |
| Portfólio reflexivo | - | - |
| Pós-graduação lato sensu (2x) | - | - |
| Prática Profissional (4x) | - | - |
| Preceptoria (3x) | - | - |
| Programa de Saúde da Família (6x) | - | - |
| Promoção da Saúde (3x) | - | - |
| Psicologia (6x) | - | - |
| Qualidade da assistência à saúde | - | - |
| Qualidade de Vida | - | - |
| Qualificação profissional | - | - |
| Recompensa | - | - |
| Recursos humanos (2x) | - | - |
| Recursos Humanos em Saúde (4x) | - | - |
| Rede Câncer | - | - |
| Relações de poder | - | - |
| Relações Interprofissionais (3x) | - | - |
| Relações sociopolíticas | - | - |
| Residência (7x) | - | - |
| Residência em Saúde (3x) | - | - |
| Residência Médica | - | - |
| Residência Multiprofissional (5x) | - | - |
| Residência Multiprofissional em Saúde (4x) | - | - |
| Residência não-médica (3x) | - | - |
| Saúde (2x) | - | - |
| Saúde Coletiva | - | - |
| Saúde da Família (10x) | - | - |
| Saúde do idoso | - | - |
| Saúde do trabalhador | - | - |
| Saúde Mental (3x) | - | - |

| | | |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Saúde Pública (2x) | - | - |
| Serviço hospitalar de enfermagem | - | - |
| Serviço hospitalar de oncologia | - | - |
| Serviço Social (3x) | - | - |
| Serviços de Saúde (2x) | - | - |
| Sistema de saúde | - | - |
| Sistema Único de Saúde (6x) | - | - |
| Tecnologia | - | - |
| Terapia Ocupacional (3x) | - | - |
| Território | - | - |
| Território e Saúde | - | - |
| Trabalho (2x) | - | - |
| Trabalho em equipe | - | - |
| Trabalho em saúde (2x) | - | - |
| Trabalho pedagógico em saúde | - | - |
| Transdisciplinaridade | - | - |
| Transtornos mentais | - | - |
| Tutoria (2x) | - | - |
| Unidades de Terapia Intensiva (2x) | - | - |
| TOTAL PORTUGUÊS: 140 | TOTAL INGLÊS: 87 | TOTAL ESPANHOL: 09 |

**APÊNDICE IV – ARTIGOS ORGANIZADOS POR TIPO DE PESQUISA E MÉTODO
DE ANÁLISE DOS DADOS (conforme sinalizado nos artigos)**

| CÓDIGO | TIPO DE ESTUDO | MÉTODO DE ANÁLISE |
|---------------|--|-----------------------------|
| S00 | REVISÃO INTEGRATIVA | X |
| S01 | ESTUDO DE CASO | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| S02 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| S03 | ESTUDO AVALIATIVO | CONSENSO GRUPO NOMINAL |
| S04 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| S05 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS) | NARRATIVAS SÓCIO-HISTÓRICAS |
| S06 | ESTUDO DE CASO | X |
| S07 | HISTÓRIA ORAL | HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA |
| S08 | PESQUISA QUALITATIVA (GRUPO FOCAL) | ANÁLISE TEMÁTICA |
| S09 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS) | ANÁLISE DO DISCURSO |
| S10 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| S11 | PESQUISA ETNOGRÁFICA | ETNOGRAFIA PÓS-MODERNA |
| S12 | ANÁLISE DOCUMENTAL | X |
| S13 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS) | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| S14 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| S15 | ESTUDO DE CASO | PAINEL DE ESPECIALISTAS |
| S16 | ESTUDO DE CASO | ANÁLISE TEMÁTICA |
| S17 | METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO | X |
| S18 | ESTUDO DE CASO | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| S19 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL) | ANÁLISE QUALITATIVA |
| S20 | PESQUISA ETNOGRÁFICA | X |

| | | |
|------------|--|------------------------------|
| S21 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| S22 | ESTUDO DE CASO | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
| S23 | PESQUISA ETNOGRÁFICA | PRÁTICAS DISCURSIVAS |
| S24 | CARTOGRAFIA | X |
| S25 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL) | PRÁTICAS DISCURSIVAS |
| S26 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| S27 | ESTUDO DE CASO | ANÁLISE DO DISCURSO |
| S28 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS) | ANÁLISE FENOMENOLÓGICA |
| S29 | ESTUDO HISTÓRICO E DOCUMENTAL | X |
| S30 | PESQUISA QUALITATIVA (GRUPO FOCAL) | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| S31 | ANÁLISE DOCUMENTAL | ANÁLISE DO DISCURSO |
| S32 | ESTUDO DE CASO | X |
| S33 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| S34 | CARTOGRAFIA | ANÁLISE DO DISCURSO |
| L01 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L02 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L03 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS) | ANÁLISE TEMÁTICA |
| L04 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L05 | ESTUDO DE CASO | ANÁLISE FENOMENOLÓGICA |
| L06 | PESQUISA QUALITATIVA (ENTREVISTAS) | ANÁLISE TEMÁTICA |
| L07 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L08 | PESQUISA QUALITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| L09 | PESQUISA QUALITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | HERMENÊUTICA DIALÉTICA |

| | | |
|------------|--|---|
| L10 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L11 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L12 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L13 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L14 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L15 | PESQUISA BIBLIOGRÁFICA | ANÁLISE DIALÉTICA |
| L16 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L17 | ARTIGO REFLEXIVO | X |
| L18 | PESQUISA QUALITATIVA (COM ENTREVISTAS) | ANÁLISE FENOMENOLÓGICA |
| L19 | PESQUISA QUALI-QUANTI | ANÁLISE ESTATÍSTICA E ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| L20 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L21 | ARTIGO REFLEXIVO | X |
| L22 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L23 | PESQUISA QUALITATIVA (COM ENTREVISTAS) | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| L24 | ARTIGO REFLEXIVO | X |
| L25 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L26 | PESQUISA QUALITATIVA (COM ENTREVISTAS) | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| L27 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L28 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L29 | PESQUISA DOCUMENTAL | X |
| L30 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |

| | | |
|------------|---|---|
| L31 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| L32 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| L33 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | X |
| L34 | ESTUDO DE CASO | ANÁLISE TEMÁTICA |
| M01 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M02 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M03 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M04 | PESQUISA QUALI-QUANTI | ANÁLISE ESTATÍSTICA E ANÁLISE QUALITATIVA |
| M05 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M06 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M07 | PESQUISA DOCUMENTAL | X |
| M08 | ESTUDO DE CASO | X |
| M09 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | X |
| M10 | PESQUISA QUALITATIVA (COM ENTREVISTAS) | ANÁLISE TEMÁTICA |
| M11 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | X |

| | | |
|------------|--|--|
| M12 | PESQUISA EXPERIMENTAL | X |
| M13 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M14 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M15 | PESQUISA QUALI- QUANTI | ANÁLISE ESTATÍSTICA E ANÁLISE QUALITATIVA |
| M16 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M17 | PESQUISA DOCUMENTAL | X |
| M18 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M19 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| M20 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| M21 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M22 | ARTIGO REFLEXIVO | X |
| M23 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| M24 | ARTIGO REFLEXIVO | X |
| M25 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |

| | | |
|------------|---|---------------------|
| M26 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M27 | ARTIGO REFLEXIVO | X |
| M28 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M29 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| M30 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| C01 | PESQUISA QUALITATIVA (COM ENTREVISTAS) | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| C02 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| C03 | METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO | X |
| C04 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| C05 | PESQUISA PARTICIPANTE | ANÁLISE DE CONTEÚDO |
| C06 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| C07 | PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ONLINE) | ANÁLISE ESTATÍSTICA |
| C08 | PESQUISA DOCUMENTAL E HISTÓRICA | X |
| C09 | RELATO DE EXPERIÊNCIA | X |
| C10 | PESQUISA QUANTITATIVA | ANÁLISE ESTATÍSTICA |

**APÊNDICE V – ARTIGOS ORGANIZADOS POR QUESTÕES DAS PESQUISAS E
TEMAS DE PESQUISA ATRIBUÍDOS**

| CÓDIGO | QUESTÕES DAS PESQUISAS | TEMAS DE PESQUISA |
|---------------|--|---|
| S00 | Análise de teses e dissertações sobre Residências em Saúde produzidas no Brasil | Análise de produções sobre Residências |
| S01 | Experiência dos tutores na formação interdisciplinar e interprofissional de um Programa de Residência | Experiências de membros do Corpo Docente Assistencial |
| S02 | Inserção de um programa de Residência Multiprofissional em um Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos | Experiências de residentes |
| S03 | Construção de um instrumento desenvolvido para a avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família | Avaliação de programas de Residências |
| S04 | Atuação de nutricionistas em um programa de Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| S05 | Avaliação de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde | Avaliação de programas de Residências |
| S06 | Como a educação permanente em saúde é desenvolvida no cotidiano de atuação dos profissionais de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde? | Processos educativos em Residências |
| S07 | Trajetória histórica do processo de implementação de uma Residência | Experiências de membros do Corpo Docente Assistencial |
| S08 | Quais as situações de prazer e de sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde? | Experiências de residentes |
| S09 | Potencialidades da inserção da Residência nas Unidades de Saúde da Família | Avaliação de programas de Residências |
| S10 | Como foi o processo de construção e elaboração do portfólio como metodologia avaliativa do programa de Residência Multiprofissional? | Processos educativos em Residências |
| S11 | Como preceptores e residentes vivenciam os processos educativos de formação no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde e que desafios se colocam às instâncias formadoras? | Processos educativos em Residências |
| S12 | Relação entre educação interprofissional e Projetos Político-Pedagógicos de programas de Residência | Processos educativos em Residências |
| S13 | Experiência de residentes multiprofissionais sobre sua formação | Experiências de residentes |
| S14 | Inserção da Psicologia na ESF a partir da Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| S15 | Como identificar as estruturas essenciais de avaliação em programas de RMSF para uma proposta de autoavaliação? | Avaliação de programas de Residências |
| S16 | Como os profissionais integrantes de uma residência multiprofissional percebem sua prática de educação permanente em saúde no seu cotidiano? | Processos educativos em Residências |
| S17 | Método de ensino-aprendizagem em uma Residência | Processos educativos em Residências |
| S18 | Apoio Matricial e Equipes de Referência na formação de profissionais em um programa de Residência | Processos educativos em Residências |
| S19 | Interdisciplinaridade no trabalho de profissionais de um programa de Residência | Processos educativos em Residências |
| S20 | Utilização do diário reflexivo na condução de um programa de Residência | Processos educativos em Residências |
| S21 | Há ocorrência da Síndrome de <i>Burnout</i> nos Residentes Multiprofissionais de uma Universidade Federal do interior do estado do Rio Grande do Sul Brasil? | Saúde e bem-estar dos residentes |

| | | |
|------------|---|---|
| S22 | Compreensão da figura “preceptor de território” | Experiências de membros do Corpo Docente Assistencial |
| S23 | Reflexões sobre a formação em serviço a partir do acompanhamento de uma residência multiprofissional | Experiências de residentes |
| S24 | Dimensão política da formação dos trabalhadores, tendo como foco as Residências | Processos educativos em Residências |
| S25 | Quais sentidos e significados são produzidos pelos residentes sobre e quando desempenham a função de facilitadores-cuidadores em oficinas de geração de renda e do Grupo de Cidadania e participam de reuniões técnicas do CAPS? | Experiências de residentes |
| S26 | Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde | Experiências de residentes |
| S27 | Competências profissionais na ESF para orientação a formação profissional na Residência | Processos educativos em Residências |
| S28 | Vivência clínica hospitalar do enfermeiro na Residência Multiprofissional em Saúde da Família | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| S29 | Questionamentos com relação ao Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecido como pós-graduação <i>lato sensu</i> | Análise de produções sobre Residências |
| S30 | A percepção dos residentes médicos em saúde da família acerca do trabalho multiprofissional desenvolvido no Programa de Saúde da Família | Processos educativos em Residências |
| S31 | Que discursos circulam sobre a RMS? Quais as condições de possibilidade da existência destes discursos? Como e com quais discursos se articulam? Quem está autorizado a falar sobre este assunto? De onde os autores falam? Para quem? A favor de quê? Contra o quê? | Análise de produções sobre Residências |
| S32 | A prática do psicólogo residente no PSF | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| S33 | Ações e intervenções do psicólogo na residência multiprofissional em saúde | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| S34 | Governamentalização nas Residências em Saúde | Processos educativos em Residências |
| L01 | Participação da Educação Física nos programas de Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L02 | Índice de <i>burnout</i> e qualidade de vida de residentes multiprofissionais | Saúde e bem-estar dos residentes |
| L03 | Residência Multiprofissional em Saúde e formação para o trabalho em equipe | Processos educativos em Residências |
| L04 | Implantação de um programa de Residência | Experiências de membros do Corpo Docente Assistencial |
| L05 | Experiência de residentes multiprofissionais, o que aprenderam e quais foram seus principais desafios | Experiências de residentes |
| L06 | Como se desenvolve a atuação do nutricionista ao ser inserido na ESF através da Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L07 | Residências com inclusão dos trabalhadores de educação física | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L08 | Qual a satisfação dos coordenadores da AB sobre o desempenho dos egressos dos Programas de RMSF que atuam na AB? Qual o reconhecimento e valorização da certificação da modalidade Residência pelos coordenadores? Até que ponto os certificados de especialistas emitidos pelos centros formadores responsáveis pela execução dos Programas de RMSF respondem às necessidades do mercado de trabalho? Qual o perfil esperado pelos gestores de profissionais certificados na modalidade de RMSF? | Avaliação de programas de Residências |
| L09 | Olhar dos residentes egressos de Terapia Ocupacional sobre suas práticas na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |

| | | |
|------------|---|---|
| L10 | Formas de comunicação que contribuem para a integralidade da assistência ao paciente cirúrgico | Processos educativos em Residências |
| L11 | Atuação dos residentes terapeutas ocupacionais | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L12 | Organização, caminhos traçados e desafios encontrados na formação da primeira turma de residentes multiprofissionais | Experiências de membros do Corpo Docente Assistencial |
| L13 | Prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e sua associação a fatores sociodemográficos e profissionais em residentes | Saúde e bem-estar dos residentes |
| L14 | Atuação da Psicologia no contexto hospitalar, através da Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L15 | Atuação do Serviço Social na Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L16 | Qual o perfil sociodemográfico, profissional e acadêmico dos residentes de uma universidade pública no interior do RS? | Perfil dos residentes |
| L17 | Reproduzir modelos já existentes de atuação ou pensar novos modelos? | Processos educativos em Residências |
| L18 | Vivência clínica hospitalar de enfermeiros em um Programa de RMS em Família | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L19 | Construção da multiprofissionalidade durante a RMS | Processos educativos em Residências |
| L20 | Vicência de um psicólogo em um programa de RMS | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L21 | Reflexões sobre a formação dos profissionais da saúde | Processos educativos em Residências |
| L22 | O papel do fisioterapeuta na ESF a partir da Residência | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L23 | Opinião de egressos sobre a Residência | Experiências de residentes |
| L24 | Qual é o papel do preceptor? Quais são as condições necessárias ao profissional da assistência para o exercício da preceptoria? Ser preceptor é ser professor? | Processos educativos em Residências |
| L25 | Estresse ocupacional em enfermeiros residentes | Saúde e bem-estar dos residentes |
| L26 | Quais foram as mudanças das práticas de enfermagem, sob a perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de internação cirúrgica, a partir da inserção da residência? | Avaliação de programas de Residências |
| L27 | Síndrome de Burnout e sua relação com o alto estresse entre diferentes profissões de uma Residência | Saúde e bem-estar dos residentes |
| L28 | Implantação de programa de Residência em enfermagem | Experiências de residentes |
| L29 | Expectativas de enfermeiros residentes | Perfil dos residentes |
| L30 | Assédio moral durante a Residência | Saúde e bem-estar dos residentes |
| L31 | Perfil de residentes | Perfil dos residentes |
| L32 | A inserção do enfermeiro residente em Saúde Coletiva | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| L33 | Hipótese de que, possivelmente, os cursos de especialização e residência em Saúde da Família não vinham obtendo avaliações favoráveis de seus resultados | Análise de produções sobre Residências |
| L34 | Como os profissionais integrantes de uma residência multiprofissional percebem a Educação Permanente em Saúde em seu cotidiano de atuação? | Processos educativos em Residências |
| M01 | Preditores para o sucesso na seleção da residência | Processo seletivo das Residências |
| M02 | Interesse de residentes de farmácia na busca por funções acadêmicas (ensino, pesquisa e preceptoria) | Residência e docência |
| M03 | Avaliação de programa de Residência | Avaliação de programas de Residências |
| M04 | Estilos de aprendizagem de residentes de farmácia | Processos educativos em Residências |
| M05 | Impacto dos grupos de interesse em residência | Processo seletivo das Residências |
| M06 | Aplicação de conteúdo aprendido na Residência | Avaliação de programas de Residências |

| | | |
|------------|---|---|
| M07 | Taxas de aceitação para as residências de farmácia nos EUA | Processo seletivo das Residências |
| M08 | Evolução do Programa de Estágios de Jovens Profissionais (YPIP) da África Ocidental | Caracterização de programa de Residência |
| M09 | Relação entre os programas de residência de enfermeiros e a satisfação no trabalho dos novos enfermeiros | Avaliação de programas de Residências |
| M10 | Experiência de enfermeiros em treinamento | Experiências de residentes |
| M11 | Transição de estudantes e residentes em professores | Residência e docência |
| M12 | Avaliação de entrevista de residentes de farmácia | Processo seletivo das Residências |
| M13 | Estilos de aprendizagem de residentes e seus preceptores | Processos educativos em Residências |
| M14 | Características dos programas de Residência | Caracterização de programa de Residência |
| M15 | Hipótese de que as barreiras percebidas para a publicação de projetos de pesquisa da residência serão diferentes entre diretores e residentes | Processos educativos em Residências |
| M16 | As implicações do programa de Residência nos estudantes | Experiências de residentes |
| M17 | Programa de Preparação Acadêmica durante a Residência em Farmácia | Residência e docência |
| M18 | Programa de Certificado de Ensino de Farmácia | Residência e docência |
| M19 | Primeiro programa acreditado da American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) fora dos Estados Unidos | Caracterização de programa de Residência |
| M20 | Mini-estágio de pesquisa interdisciplinar embutido em um programa de residência de farmácia | Processos educativos em Residências |
| M21 | Impacto de um curso eletivo para estudantes de farmácia em treinamento para residência | Processo seletivo das Residências |
| M22 | Relação entre programas de residência e dupla graduação | Caracterização de programa de Residência |
| M23 | Residência para novos graduados em enfermagem | Avaliação de programas de Residências |
| M24 | Residências de farmácia psiquiátrica | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| M25 | Preparação de alunos de farmácia para Residência | Processo seletivo das Residências |
| M26 | Programa de certificado de ensino de residentes de farmácia | Residência e docência |
| M27 | Etapas e orientações para a realização de um projeto de pesquisa de Residência | Processos educativos em Residências |
| M28 | Experiência de candidatos a residência de farmácia | Processo seletivo das Residências |
| M29 | Residentes que aceitam cargos de professores após a conclusão do programa | Residência e docência |
| M30 | Experiências de ensino em programas de Residência | Avaliação de programas de Residências |
| C01 | Exercício da preceptoría | Processos educativos em Residências |
| C02 | Experiência de residentes multiprofissionais na perspectiva da clínica ampliada | Processos educativos em Residências |
| C03 | Percepção de residentes sobre a preceptoría | Processos educativos em Residências |
| C04 | Exercício da preceptoría | Processos educativos em Residências |
| C05 | Serviço Social na saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família | Atuação dos núcleos profissionais nas Residências |
| C06 | Ações realizadas por residentes | Experiências de residentes |
| C07 | Avaliação de residentes | Processos educativos em Residências |
| C08 | Análise histórica de duas modalidades de especialização do INCA | Análise de produções sobre Residências |
| C09 | Recomendações para implementação de programa de Residência em Enfermagem | Caracterização de programa de Residência |
| C10 | Seguimento dos egressos de uma Residência | Egressos de Residência |